

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica**  
**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida**  
**Maligna**

**Dora Lisa Rosmaninho Franco Coelho**

**Lisboa**

**2019**



**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização em Enfermagem**  
**Médico-Cirúrgica**  
**Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica**  
Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida**  
**Maligna**

**Dora Lisa Rosmaninho Franco Coelho**


Orientadora: Professora Doutora Maria Deolinda Antunes Luz

Co-Orientadora: Mestre Sandra Neves

**Lisboa**

**2019**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



*“You matter because you are you, and you matter to the end of your life. We will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die”.*

Cicely Saunders

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar gostaria de agradecer à Senhora Professora Deolinda Luz e à Senhora Professora Sandra Neves por todo o apoio, disponibilidade e por terem sempre acreditado em mim.

A todos os profissionais com quem me cruzei durante todo este percurso, enfermeiros orientadores nos campos de estágio bem como todos os elementos das equipas por terem a disponibilidade em partilhar comigo os seus conhecimentos e experiência.

Aos colegas da minha equipa de enfermagem pelo seu suporte, incentivo e por acreditarem no valor do projeto, que acolheram com motivação.

Aos meus amigos e à minha família pela compreensão pela minha ausência e indisponibilidade de não estar presente em muitos momentos desde o início desta jornada, e pelo apoio sempre que necessitei.



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ANCP** – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

**APA** – *American Psychological Association*

**APCP** – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

**CINHAL** – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*

**CP** – Cuidados Paliativos

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**EBSCO** – *Elton Bryson Stephens Company*

**EONS** – *European Oncology Nurse Society*

**FM** – Ferida Maligna

**IAHPC** – *International Association for Hospice & Palliative Care*

**IASP** – *International Association for the Study of Pain*

**MEDLINE** – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**PCECG** – Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

**PI** – Projeto de Intervenção

**REPE** – Regulamento de Exercício Profissional dos Enfermeiros

**RCCEE** – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

**RCEEEEPSCP** – Regulamento de Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

**TELER** – *Treatment Evaluation by Le Roux's Method*

**TENS** – *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation*

**VT** – Viabilidade Tecidular

**WHO** – *World Health Organization*

## RESUMO

Como os números indicam, a doença oncológica tem uma incidência cada vez maior, em Portugal e no mundo, sendo mesmo considerada uma das doenças do presente e do futuro (Miranda & Portugal, 2014). Esta realidade tem levado a um crescimento progressivo do número de novos casos anuais, e um aumento da idade média da população afetada, perspetivando-se mesmo que em 2030 existam cerca de 50000 novos casos (Miranda & Portugal, 2014). É, pois, fácil perceber que embora o número de pessoas com ferida maligna seja baixo, este irá certamente aumentar.

O tema deste trabalho tem por foco a pessoa com ferida maligna, por esta representar uma fonte de sofrimento para os utentes, bem como para as suas famílias, e pelo desafio que traz para as equipas de enfermagem que lhes prestam cuidados. Devido a toda a complexidade inerente à abordagem à pessoa com ferida maligna, torna-se imprescindível que os enfermeiros estejam capacitados para dar respostas às suas necessidades.

Com base nesta temática, e por uma necessidade pessoal surgiu este projeto que teve como ponto de partida a questão: “Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa com Ferida Maligna?”

Este relatório de estágio foi realizado no âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente em Enfermagem Oncológica, e visa ser o reflexo do percurso percorrido e das aprendizagens decorrentes do mesmo, através da reflexão sobre os conhecimentos adquiridos e alicerçado pela Teoria do Fim de Vida Tranquilo de Ruland & More (1998).

Com a elaboração do projeto proposto foi possível a aquisição de competências e de conhecimentos através da observação da prática, da participação nos cuidados prestados e da reflexão acerca dos mesmos, que se refletirão na melhoria dos cuidados prestados à pessoa com ferida maligna, e consequentemente na sua satisfação e qualidade de vida.

**PALAVRAS-CHAVE:** Ferida maligna, Intervenções de Enfermagem, Cuidados a Feridas

## **ABSTRACT**

As the numbers indicate the oncological disease has an increasing incidence, in Portugal and in the world, being even considered one of the diseases of the present and of the future (Miranda & Portugal, 2014). This reality has led to a progressive increase in the number of new annual cases, and an increase in the average age of the affected population, and is thought that in 2030 there will be around 50,000 new cases (Miranda & Portugal, 2014). It is therefore easy to see that although the number of people with a malignant fungating wound is low, it will certainly increase.

The subject of this work focuses on the person with malignant fungating wound, as it represents a source of suffering for the patients, as well as for their families, and represents a challenge for the nursing teams that care for them. Because of all the complexity inherent in approaching the person with malignant fungating wound, it becomes imperative that nurses be trained to respond to their needs.

Based on this theme, and from a personal point of view, this project started with the question: "What are the nursing interventions for the person with the Malignant Fungating Wound?"

This report was carried out within the scope of the 8th Master's Degree Course in Medical-Surgical Nursing, which is part of Oncological Nursing, and aims to be a reflection the journey and the lessons learned from it, through reflection on the knowledge acquired and based on Ruland & More's Theory of the Peaceful End of Life (1998).

With the elaboration of the proposed project, it was possible to acquire skills and knowledge through observation of the practice, the participation of the care provided and the reflection about them, which will be reflected in the improvement of the care provided to the person with malignant fungating wound and consequent in their satisfaction and quality of life.

**KEYWORDS:** Malignant Fungating Wound, Nursing Interventions, Wound Care

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna.....</b>	<b>15</b>
1.1.1. Dor.....	21
1.1.2. Hemorragia.....	22
1.1.3. Odor/Infecção.....	25
1.1.4. Exsudado.....	30
1.1.5. Prurido.....	31
1.1.6. Pele circundante.....	32
<b>1.2. Teoria do Fim de Vida Tranquilo.....</b>	<b>33</b>
<b>1.3. Cuidados Paliativos.....</b>	<b>36</b>
<b>2. PERCURSO DO PROJETO .....</b>	<b>38</b>
<b>2.1. Diagnóstico da Situação .....</b>	<b>38</b>
<b>2.2. Objetivos Gerais.....</b>	<b>40</b>
<b>2.3. Planeamento.....</b>	<b>41</b>
<b>3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS.....</b>	<b>43</b>
<b>3.1. Local de estágio 1 .....</b>	<b>43</b>
<b>3.2. Local de estágio 2 .....</b>	<b>47</b>
<b>3.3. Local de estágio 3.....</b>	<b>51</b>
<b>3.4. Local de estágio 4.....</b>	<b>55</b>
<b>4. AVALIAÇÃO.....</b>	<b>61</b>
<b>4.1. Reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.....</b>	<b>61</b>
4.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	62
4.1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em situação crónica e paliativa.....	64
4.1.3. Competências da <i>European Oncology Nursing Society</i> (EONS). .....	65
4.1.4. Competências do 2º ciclo previstas para a obtenção do grau de mestre.....	65
<b>4.2. Pontos fortes e pontos fracos do projeto.....</b>	<b>66</b>

<b>4.3. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.....</b>	<b>68</b>
<b>CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS.....</b>	<b>70</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>72</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem do local de estágio 4

APÊNDICE II – Resultado da sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem do local de estágio 4

APÊNDICE III – Revisão *Scoping*

APÊNDICE IV – Análise SWOT

APÊNDICE V – Cronograma de atividades

APÊNDICE VI – Reflexão sobre a prática 1

APÊNDICE VII – Reflexão sobre a prática 2

APÊNDICE VIII – Certificados do Simpósio APTFeridas SobreViver com Ferida, Curso Pré-Simpósio Material de Penso: Paradigma da Escolha e 2º Simpósio Internacional “Feridas em Boas Mãos”

APÊNDICE IX – Estudo de Caso

APÊNDICE X – Cartaz de divulgação das sessões de formação e planos de sessão

APÊNDICE XI – Sessão de formação 1

APÊNDICE XII – Sessão de formação 2

APÊNDICE XIII – Sessão de formação 3

APÊNDICE XIV – Questionário de avaliação de ação de formação e resultados

APÊNDICE XV – Norma de atuação na intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna

APÊNDICE XVI- Guia Orientador de Boas Práticas na Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

APÊNDICE XVII – Documento de recolha de dados da pessoa com ferida maligna

APÊNDICE XVIII – Formulário de material de penso

APÊNDICE XIX – Reflexão sobre a prática 3

## **ANEXOS**

### **ANEXO I – Registo de Avaliações dos Locais de Estágios**

#### **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>QUADRO 1.</b> <i>Malignant Cutaneous Wound Staging System de</i> Halsfield-Wolfe & Baxendale-Cox.....	<b>20</b>
<b>QUADRO 2.</b> Mnemónica SPECIAL.....	<b>20</b>
<b>QUADRO 3.</b> Mnemónica HOPES.....	<b>20</b>
<b>QUADRO 4.</b> Escala de Avaliação do Odor de Haughton & Young.....	<b>25</b>
<b>QUADRO 5.</b> Escala de Odor TELER.....	<b>26</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 8º Curso de Mestrado na Área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente de Enfermagem Oncológica. Foi previamente delineado um percurso de estágios com a finalidade de desenvolver competências como enfermeira especialista<sup>1</sup>, competências de grau de mestre, conforme o estipulado pelo Decreto-Lei 74/2006 (2006), e promover a melhoria da prática no âmbito da intervenção de enfermagem à pessoa com Ferida Maligna (FM). Tendo já adquirido as competências do PCECG, estipuladas pela OE (2012), o objetivo foi o desenvolvimento de competências baseadas no RCCEE (2010), no RCEEEEPSCP (2011), e competências estipuladas pela EONS (2013). Este trabalho é assim a conjugação dos conhecimentos e competências adquiridas de forma a atingir os objetivos propostos para a implementação de um projeto de intervenção em contexto da prática clínica.

A génese deste percurso teve por base uma problemática detetada em contexto profissional, que justificava a pertinência do PI, tendo como fim a melhoria dos cuidados de enfermagem, bem como a aquisição das competências supracitadas.

Após vários anos a exercer funções num hospital central, num serviço direcionado aos cuidados a pessoas com doença do foro oncológico, senti a necessidade de se desenvolver o projeto acerca da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna.

A doença oncológica é uma doença do futuro, pois continua a aumentar, perspetivando-se que em 2030, existam cerca de 50000 novos casos em Portugal (Miranda & Portugal, 2014), sendo que 14,5% das pessoas com doença oncológica avançada tem FM (Gomes & Jesus, 2015). Posto isto, é fácil perceber que o número de pessoas com doença oncológica com FM, a necessitar de cuidados de enfermagem especializado vai aumentar.

Por si só o diagnóstico de uma doença oncológica é acompanhado de muita incerteza, com consequências físicas e psicológicas, decorrentes das alterações de autoimagem, autoestima e autoconceito (Pereira & Lopes, 2005), pelo que a presença de uma FM certamente implica um impacto ainda maior.

---

<sup>1</sup> Enfermeiro especialista é “aquele que detém, conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevado de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção” (OE, 2010, p.10).

A FM é causada pela infiltração do tumor na pele e na rede vascular e linfática adjacente (EONS, 2015). Não existem estatísticas acerca da sua incidência ou prevalência, mas julga-se que surjam em 5 a 10 % dos tumores metastáticos (González Barboteo & Moreno Roldán, 2008). Apesar de a FM ser relativamente rara, apresenta um grande desafio para a enfermagem e para os cuidadores (Dowsett, 2002).

Uma FM significa que a doença oncológica está em progressão, logo é sinónimo de mau prognóstico (Gomes & Jesus, 2015), sendo a esperança de vida da pessoa entre 6 a 12 meses (Probst, Arber & Trojan, 2012). A cicatrização da FM provavelmente não ocorrerá, pois está relacionada com a progressão da doença oncológica (Naylor, 2005). A não ser que a causa oncológica de base seja tratada, o objetivo dos cuidados é a palição e não a cura (EONS, 2015).

O conhecimento da fisiologia da FM tem de estar presente, pois é uma área básica de compreensão necessária para os profissionais de saúde envolvidos (Naylor, Laverty & Mallett, 2001), uma vez que as células neoplásicas destas lesões só serão controladas com os tratamentos dirigidos à patologia de base (Probst, Arber & Faithfull, 2013).

A FM é acompanhada de sintomas como odor, exsudado, dor, hemorragia e prurido, e afeta a autoimagem e a autoestima (EONS, 2015). Pode produzir depressão, medo, sentimentos de culpa, repulsa, podendo conduzir a isolamento social ou a problemas relacionais (González Barboteo & Moreno Roldán, 2008).

Sendo a presença da FM sinónimo de doença avançada, inserem-se os seus cuidados na filosofia dos cuidados paliativos, que se definem como uma “resposta aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, de modo a prevenir o sofrimento e proporcionar qualidade de vida aos doentes e família” (APCP, 2017, para.4). Os cuidados paliativos vão além do controlo sintomático, englobando o apoio psicossocial e o trabalho em equipa (Twycross, 2003).

Apesar destes cuidados serem também fonte de stress para os profissionais que cuidam da pessoa em fim de vida com FM, o facto de se conseguir controlar sintomas e fornecer apoio psicológico, torna-se um trabalho extremamente recompensador (Twycross, 2003). Cuidar a pessoa com necessidade de cuidados paliativos tem diversos elementos que lhe conferem complexidade como os fatores que dependem do doente, da situação clínica, da situação emocional, da progressão da doença e dos tratamentos, da família, de outras equipas de cuidados envolvidas e de dilemas éticos (Gómez-Batiste, 2005a).



Podemos então considerar cinco princípios orientadores dos cuidados paliativos: a atenção integral, total e global; utente e família como uma unidade; objetivos de qualidade de vida, adaptação, dignidade e respeito pelos valores; conceção ativa; e efetividade, eficiência e satisfação (Gómez-Batiste, 2005a).

Os cuidados paliativos devem ser vistos como uma prioridade das políticas de saúde de forma a apoiar os utentes<sup>2</sup> em fase avançada da doença ou em fim de vida (DGS, 2005). O papel da família é importante, pois esta não só dá apoio à pessoa doente, como também experiencia desconforto físico e psicológico (EONS, 2015, citando Lo et al., 2008). A família também vive os sintomas, observa a progressão da doença e sofre com a incerteza (Gómez-Batiste, 2005a). Não é só a pessoa que padece da doença oncológica que vai sofrer com o diagnóstico e com a realidade dos cuidados em fim de vida, a doença é familiar, afetando todos os seus elementos (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2006). Muitas das vezes é um elemento da família que assume os cuidados do utente, incluindo os cuidados relativos à FM, pelo que se torna crucial apoiá-lo de modo a promover o ajuste de todos a esta nova situação, potenciar os cuidados e preparar o luto (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2006). A comunicação é uma ferramenta importante para os profissionais de saúde durante todo o processo, devendo mesmo ser iniciada por estes de forma a não negligenciar os familiares, que muitas vezes se sentem constrangidos de incomodar (Twycross, 2003).

Os enfermeiros identificam os problemas físicos, emocionais e sociais, como o mais preocupante na abordagem à pessoa com FM, bem como os cuidados locais à ferida, necessários para atingir o controlo sintomático (EONS, 2015). Cuidar da pessoa com FM é difícil a nível emocional para os enfermeiros, e representa um desafio devido ao isolamento social e às alterações da imagem (EONS, 2015). Tornando-se importante o desenvolvimento de competências para dar resposta às necessidades da pessoa com FM.

Na minha prática profissional pude verificar que existe um grande desconhecimento sobre os cuidados a prestar à pessoa com FM, sendo estes muitas vezes associados a sofrimento físico e emocional. Constatei que a FM é por vezes equiparada a feridas de outras etiologias, sem compreensão pelos mecanismos que a tornam um desafio para os enfermeiros. Dowsett (2002), afirma que, apesar da FM ser pouco frequente, apresenta um grande desafio para a enfermagem e para os cuidadores. Qualquer enfermeiro que já tenha cuidado de uma pessoa com FM sabe

---

<sup>2</sup> No decurso deste relatório são utilizadas as palavras utente, doente e cliente como sinónimos.

que representa um desafio no cuidar de pessoas com doença oncológica avançada (Grocott, 2007), e que “para isso há necessidade de haver uma Prática Baseada na Evidência, uma gestão integrada da ferida e um trabalho interdisciplinar” (Menoita, 2015, p. XXVI).

Os enfermeiros têm de ter qualificações específicas para prestar cuidados à pessoa com FM pois estes têm particularidades para as quais é necessário desenvolver de competências aplicáveis (Menoita, 2015).

Para Kearny (2000), a educação ser efetiva deve estar firmemente enraizada na prática, pois a educação sem experiência aumenta o conhecimento, mas com experiência tem o potencial de aumentar os resultados nas pessoas com cancro, sendo claro que são necessários conhecimentos específicos para uma prática estruturada nos cuidados aos doentes com FM. A disseminação da evidência e a sua tradução para a prática é da responsabilidade dos enfermeiros de oncologia (Tavernier, 2014).

Considero que a teoria de enfermagem do fim de vida tranquilo preconizada por Ruland & Moore (1998), se adequa na perfeição para a abordagem à pessoa com FM e à sua família, pois afirma que os cuidados de enfermagem são cruciais para se atingir um fim de vida tranquilo. As enfermeiras avaliam e interpretam pistas que refletem a experiência de fim de vida das pessoas e intervêm adequadamente para atingir ou manter uma experiência tranquila (Ruland & Moore, 1998), através de cinco princípios: não ter dor, experiência de conforto, experiência de dignidade e respeito, estar em paz e proximidade às pessoas significativas.

Obviamente que a teoria do cuidado centrado na pessoa também se inclui, de modo a complementar a teoria supracitada, uma vez que esta não é prescritiva da prática. Esta é uma abordagem através da formação e do estabelecimento de relações terapêuticas e sustentada pelo respeito, direito individual à autodeterminação e compreensão mútua (McCormack et al., 2010, citados por McCance, McCormack & Dewing, 2011).

Os objetivos deste relatório são a aquisição de competências como enfermeira especialista e de grau de mestre, de modo a promover a melhoria da prática no âmbito da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna.

As referências bibliográficas e citações foram elaboradas de acordo com as normas estipuladas pela *American Psychological Association* (APA), pelo que as referências bibliográficas se encontram ordenadas por ordem alfabética.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

Neste capítulo encontram-se presentes os quatros pressupostos que sustentam o desenvolvimento do trabalho. Inicia-se com um primeiro subcapítulo onde é abordada a problemática da pessoa com ferida maligna, bem como as intervenções a realizar à mesma, com base na evidência científica disponível. Os três subcapítulos seguintes abordam a fundamentação teórica relacionada com a Teoria do Fim de Vida Tranquilo, filosofia dos cuidados paliativos e dos cuidados centrados na pessoa.

### **1.1. Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna**

Como já foi referido a doença oncológica tem uma incidência cada vez maior, em Portugal como no resto do Mundo (Miranda & Portugal, 2014). Esta realidade epidemiológica da Oncologia tem levado a um crescimento progressivo do número de novos casos anuais, e a um aumento da idade média da população afetada (Miranda & Portugal, 2015).

Sabendo que a FM surge em 14,5% em pessoas com doença oncológica avançada (Gomes & Jesus, 2015), é fácil perceber que se o número de pessoas com doença oncológica aumenta, também irá aumentar o número de pessoas com FM, a necessitar de cuidados de enfermagem especializados.

A FM resulta da proliferação de uma neoplasia da pele não tratada (células basais e escamosas), pela infiltração cutânea diretamente do tumor primário ou de metástases (ex. neoplasia da mama), da infiltração de células neoplásicas nas estruturas da pele por via linfática e sanguínea e por conversão de uma ferida crónica ou cicatriz (úlceras de Majorlin) (Gomes & Jesus, 2015). Pode ter origem num tumor primário ou metástase (Firmino, 2007, citado por Vicente, 2016), sendo que neste último caso surgem em 5 a 10% (González Barboteo & Moreno Roldán, 2008). São mais frequentes nos últimos 6 a 12 meses de vida (Probst et al., 2012), e a faixa etária mais afetada situa-se entre os 60 e os 70 anos de idade (Haisfield-Wolte & Rund, 1997, citados por Dowsett, 2002).

O tumor cresce devido aos fatores de crescimento produzidos por si e aumenta a rede neovascular, o que causa pressão nos tecidos e conduz a um desequilíbrio fisiológico (Menoita, 2015). Sendo por isso mais comuns no cancro da mama, melanoma, bexiga, colon, rim, ovário, útero, estômago, cabeça e pescoço, e pulmão (Krishnasamy, 2001). A FM pode surgir em qualquer local do corpo da pessoa com

doença oncológica avançada, mas os locais mais comuns são na mama (49%), pescoço (21%), tórax (18%), extremidades (17%), cabeça (13%) e noutros locais (2%) (EONS, 2015).

Para Poletti, Caliri & Simão (2002), a FM evolui desde um nódulo até a uma lesão ulcerada, com muito exsudado, odor, provocando dor e pode sangrar com facilidade. As lesões podem crescer rapidamente, e apresentar-se como crateras ulceradas, devido a um processo destrutivo, ou como tumefações, com o típico aspeto de “couve-flor”, devido a um processo proliferativo; ou em ambas em simultâneo (Vicente, 2017).

O conhecimento acerca da fisiologia da cicatrização da ferida tem de ser do domínio do especialista, pois é uma área básica de compreensão necessária para os profissionais de saúde envolvidos (Naylor et al., 2001). Sem controlo das células tumorais, através de tratamento médico, ou com quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, electro quimioterapia ou cirurgia, a lesão continuará a aumentar (EONS, 2015).

A cicatrização da FM provavelmente não ocorrerá, pois esta está relacionada com a progressão da doença oncológica, como tal o tratamento deve ser realista, e o utente deve de estar de acordo com os cuidados planeados (Naylor, 2005). Uma FM significa que a doença oncológica se encontra em progressão, logo é sinónimo de mau prognóstico (Gomes & Jesus, 2015), a não ser que a causa oncológica de base seja efetivamente tratada, o objetivo dos cuidados à ferida maligna é a palição e não a cura (EONS, 2015). Ferris et al. (2007), afirmam que devido à natureza evolutiva da FM, a atenção deve ser centrada na qualidade de vida, quer física quer psicológica.

Antes de se avaliar a ferida deve-se avaliar o estado da pessoa. Desta avaliação deve constar o momento evolutivo da doença neoplásica (com ferida maligna normalmente a doença está avançada), patologias associadas ou problemas intercorrentes, prognóstico, possibilidade de internamento (quimioterapia, radioterapia, cirurgia, hormonoterapia), tratamentos previamente realizados e que podem agravar a lesão, estado geral e nutricional e estado funcional (Arambutu et al., 2004; EONS, 2015). O tipo de cancro, a localização e aparência da ferida; os tratamentos atuais e passados do cancro e da FM; comorbilidades existentes; os sintomas principais associados à FM, ao cancro e às comorbilidades; alergias ou sensibilidades ao material de penso; qual a medicação prescrita para fazer face aos sintomas relacionados com a FM, bem como o material de penso já usado mas sem benefício, são dados também a recolher segundo a EONS (2015).

Para Seaman (2006), a avaliação do doente e da ferida é essencial para formular um plano de tratamento centrado na pessoa.

Assistir a pessoa e o cuidador com os sintomas de *distress* que a ferida maligna acarreta pode melhorar a qualidade de vida e contribuir para um bem-estar psicológico (Seaman, 2006). É uma experiência intensa e desagradável com perda de controlo sobre o próprio corpo, significando perda de controlo sobre si próprio, e frequentemente as pessoas não procuraram ajuda por vergonha (EONS, 2015).

As manifestações locais, juntamente com as alterações da autoimagem podem provocar nos doentes efeitos psicológicos importantes, podendo produzir depressão, medo, sentimentos de culpa, repulsa de si mesmo, que podem conduzir a um isolamento social ou problemas relacionais (González Barboteo & Moreno Roldán, 2008). Segundo Haynes (2008), os objetivos do tratamento das feridas malignas são: o conforto, a qualidade de vida, o controlo sintomático e promoção de confiança e uma sensação de bem-estar.

Naylor (2002), afirma que de entre os problemas psicológicos podemos encontrar alteração da imagem corporal, negação, depressão, embaraço, medo, culpa, baixa autoestima e amor próprio, problemas com a expressão sexual, repulsa ou nojo, e vergonha. Em relação aos problemas sociais podem estar presentes dificuldades na comunicação, impacto na família, necessidade de informação, falta de recursos e suporte social, restrições na roupa pela presença do penso e isolamento social (Naylor, 2002).

Para avaliar a ferida maligna é necessária uma abordagem holística, que contemple não só a ferida bem como os seus efeitos psicológicos e os efeitos na vida social do doente (Naylor, 2002), bem como o impacto da FM e da sua gestão nos cuidadores (EONS, 2015).

A comunicação deve ser aberta e honesta relativamente aos objetivos e decisões, e o toque pode ser uma ferramenta terapêutica (Naylor, 2002). Facilitar uma relação de confiança com o doente e com o cuidador, revendo os objetivos do cuidar e com abertura em falar sobre qualquer aspeto que outros profissionais não abordem (Seaman, 2006).

Abordar as preocupações com o fim de vida com doente e a sua família é essencial, e pode ser necessário falar individualmente com o doente ou em simultâneo para ajudar a resolver os assuntos e encorajar a intimidade (Gerlach, 2005).

Nunca é demais salientar que se deve envolver doente e família nas decisões (Naylor, 2002), e a mesma informação deve ser fornecida tanto ao doente como ao

cuidador, em relação a cuidados básicos com feridas, como em relação às feridas malignas (lavar as mãos, assepsia, procedimento de mudança de penso, controlo do odor e hemorragia, estratégias de gestão da dor) (Seaman, 2006). A educação deve ter também foco nos aspetos psicológicos de ter uma FM, contemplando objetivos realistas (Seaman, 2006). As feridas malignas têm um efeito significativo para o doente, família e serviços de saúde por um tempo potencialmente prolongado (Grocott, 2007). De acordo com um estudo australiano, referenciado por Grocott (2007), também os enfermeiros podem sentir repulsa e *stress* por tentarem esconder os seus sentimentos instintivos.

A família como entidade que normalmente apoia o doente vai também sentir uma experiência extrema a nível físico e psicológico. Alexander (2010), afirma que as memórias relacionadas à FM, quer de doentes, cuidadores e enfermeiros são duradoras e são associadas a emoções fortes, sendo mesmo consideradas como experiências inesquecíveis.

Para Pierre (2000), citado por Pereira & Lopes (2005), a família da pessoa em fim de vida é afetada de forma semelhante ao doente, ficando também em sofrimento pela antecipação da perda. O diagnóstico da doença oncológica vai provocar alterações na dinâmica familiar, alterações de comportamentos e atitudes. No caso da pessoa com ferida maligna é comum ser um elemento da família a ser o prestador de cuidados à mesma (Kaloustian, 2002, citado por Messias, 2005). As famílias reportam que é difícil gerir os sintomas e referem a mudança de papel de parceiro para cuidador (EONS, 2015).

Dos problemas que assolam a família da pessoa com FM a dor é o mais preocupante seguindo-se os problemas psicológicos, emocional, *stress*, preocupações sociais, compromisso de função, complicações e deterioração nutricional (EONS, 2015).

Ter atenção à aparência cosmética, usar material de penso flexível que possa disfarçar defeitos e proteger a roupa, para restaurar simetria, e promover a segurança da pessoa (Seaman, 2006). Ou seja, o penso deve ser realizado de acordo com as características da pessoa, com o conforto e com a sua imagem corporal (Gerlach, 2005), mas nem sempre é fácil disfarçar a lesão, sendo particularmente difícil quando esta se localiza em zonas íntimas ou mais expostas, aliado ainda as dimensões e volume do penso (Vicente, 2016).

Também para os enfermeiros a FM apresenta fonte de preocupação, pela dificuldade na aplicação do material de penso, bem como disfarçar a repulsa pelo odor

(EONS, 2015). É emocionalmente difícil lidar com o isolamento e com as alterações da imagem corporal representando um desafio para os enfermeiros (EONS, 2015).

É necessário delinear um plano centrado no doente (Seaman, 2006), e para tal é preciso ter conhecimentos sobre a abordagem dos tratamentos escolhida, quais os cuidados locais à ferida estão a ser realizados e quais são as preocupações centradas na pessoa com ferida maligna (Woo & Sibbald, 2010).

Deve-se conhecer também a história da ferida: tempo de instalação, evolução, tratamento e sua resposta; localização, tamanho e histopatologia, características do leito e bordos da ferida; e problemas associados (dor durante os tratamentos, mau cheiro, infeção, hemorragia, prurido ou aglomerado de depósito) (Arambutu et al., 2004).

É importante informação sobre a localização, tamanho, profundidade, forma, quantidade e natureza do exsudado, presença de odor, origem de tecidos (desvitalizado ou necrótico), sinais de infeção, tipo de dor, dor relacionada com a mudança do penso, existência de focos hemorrágicos e condição da pele circundante (Naylor, 2002; Gerlach, 2005; Seaman, 2006; Grocott, 2007; Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

A descrição da ferida deve ser documentada de forma concisa e sistemática para aumentar a confiabilidade com as avaliações continuadas (Gerlach, 2005), pois estas lesões mudam com frequência (Seaman, 2006). Para Gerlach (2005), os cuidados só podem começar com a obtenção da informação acerca do tipo de cancro, extensão da doença e objetivos dos cuidados.

A possibilidade de cirurgia, radioterapia, quimioterapia quando usadas para controlar a doença subjacente podem ajudar no controlo da ferida maligna (Gerlach, 2005).

Como a aparência e a configuração da FM pode ser bastante variável a avaliação e medição pode não ser em conformidade com as abordagens convencionais, além da sua medição poder ser difícil, a sua utilidade clínica é também questionável (EONS, 2015). A localização e tamanho da lesão podem levar a grandes desafios pela dificuldade de colocação e fixação do material de penso (Naylor, 2002).

A *Malignant Cutaneous Wound Staging System*, de Halsfield-Wolfe & Baxendale-Cox (1999), permite o estadiamento da FM, conforme no quadro 1. Enquanto que a EONS (2015), refere cinco escalas de avaliação da FM: *Toronto Symptom Assessment for Wounds*, *Schulz Malignant Fungating Wound Assessment Tool*, *Wound Symptom Self-Assessment Chart*, *TELER System* e *Hopkins Wound*

*Assessment Tool*. Todas avaliam os cinco sintomas principais: dor, odor, exsudado, prurido e hemorragia e algumas incluem a avaliação de aspetos psicológicos e o impacto na vida (EONS, 2015). A avaliação dos problemas psicossociais que vão surgindo é igualmente importante (Polleti et al., 2002).

**Quadro 1.** *Malignant Cutaneous Wound Staging System* de Halsfield-Wolfe & Baxendale-Cox (1999)

<b>Estadio</b>	<b>Aspeto da Úlcera</b>
<b>1</b>	Úlcera fechada. Pele intacta
<b>1N</b>	Úlcera fechada. Pele superficialmente intacta, úlcera dura e fibrosa
<b>2</b>	Úlcera aberta. Atingimento da derme e epiderme
<b>3</b>	Úlcera aberta. Perda de tecido celular subcutâneo
<b>4</b>	Úlcera aberta. Invasão de estrutura anatómicas profundas

Fonte: Halsfield-Wolfe & Baxendale-Cox (1999)

Diversos autores sugerem o uso de mnemónicas com os principais sintomas para o tratamento da FM, como podem ser vistas no quadro 2 e quadro 3.

**Quadro 2.** Mnemónica SPECIAL

<b>S</b>	<i>Stabilize the Wound</i>
<b>P</b>	<i>Prevent New Wounds</i>
<b>E</b>	<i>Eliminate Odor</i>
<b>C</b>	<i>Control Pain</i>
<b>I</b>	<i>Infection Prevention</i>
<b>A</b>	<i>Absorb Exsudate</i>
<b>L</b>	<i>Less Dressing Changes</i>

Fonte: Alvarez et al. (2007)

**Quadro 3.** Mnemónica HOPES

<b>H</b>	<i>Hemorrhage</i>
<b>O</b>	<i>Odor</i>
<b>P</b>	<i>Pain</i>
<b>E</b>	<i>Exsudate</i>
<b>S</b>	<i>Superficial Infection</i>

Fonte: Woo & Sibbald (2010)

Para Naylor (2005), os princípios da intervenção à pessoa com FM são a prevenção de feridas ou o seu agravamento; correção ou tratamento da causa subjacente da ferida, quer para promover a cicatrização, quer para reduzir os sintomas associados; controlo sintomático; autoavaliação; acompanhamento psicológico; promoção da independência e da qualidade de vida.

Naylor (2002), afirma que cada ferida maligna é única, não só na aparência como na apresentação dos sintomas associados, sendo que algumas pessoas podem apresentar apenas alguns e outras exibir uma sintomatologia múltipla. Os cuidados à



pele circundante à lesão também têm de ser considerados devido às agressões a que este órgão está sujeito quer pela sintomatologia apresentada quer pelo material de penso usado.

O aporte calórico e a ingesta de líquidos também de ser avaliada, pois devido à grande quantidade de exsudado vai haver uma maior necessidade de proteínas, e pode ser causa de desidratação (EONS, 2015).

#### **1.1.1. Dor**

A dor associada à FM surge pela pressão do tumor noutras estruturas, por danos dos nervos causados pelo crescimento do tumor, pelo edema resultante da capilaridade e drenagem linfática alterada, infeção, exposição de terminações nervosas (EONS, 2015). A dor neuropática pode estar presente devido a danos nos nervos, e se a lesão for superficial, os doentes podem referir dor superficial tipo ardor (Naylor, 2002). Infelizmente a dor pode ser originada aquando da prestação dos cuidados, por aderência do material ao leito da ferida ou por uma técnica incorreta de limpeza (Naylor, 2002; EONS, 2015).

Para Seaman (2006), existem três tipos de dor associada à ferida maligna, a dor “profunda”, a dor neuropática e a dor superficial associada aos procedimentos.

Antes de mais é necessário realizar uma avaliação correta da dor, contemplando o seu tipo, a intensidade, a frequência e a sua duração (Naylor, 2002; Grocott, 2007). A prescrição de terapêutica analgésica adequada de acordo com a escada analgésica da OMS é fundamental (Naylor, 2002) e frequentemente recorrendo à combinação de fármacos (Grocott, 2007). A terapêutica opióide oral e transdérmica (Woo & Sibbald, 2010) é uma opção, juntamente com medicação para a dor irruptiva (Woo & Sibbald, 2010). Tem de ser considerada a administração de analgesia antes da realização do penso (Naylor, 2002; Seaman, 2006), de forma a prevenir a instalação da dor durante os procedimentos.

O uso de opióides através de administração tópica diretamente na ferida maligna, é referido pela generalidade dos autores consultados. O uso de morfina, ou mesmo de diamorfina, é utilizado juntando 1mg do opióide com 1mg de hidrogel amorfo (Naylor, 2002; Seaman, 2006; Grocott, 2007) ou juntando 10 mg de morfina em 8gr de hidrogel amorfo, nomeadamente com recurso ao *Intrasite* (Seaman, 2006). Alguns autores referem o uso de metronidazol em gel, em substituído do hidrogel amorfo, como meio de transporte do opióide (Naylor, 2002; Woo & Sibbald, 2010),

mas também se encontra na literatura que não se deve associar o metronidazol em gel a outros compostos.

Para a dor, durante a realização do tratamento local à ferida maligna, Naylor (2002), recomenda o uso de ácido nítrico, com respetiva supervisão médica. Já Woo & Sibbald (2010), aconselham pensos com libertação de ibuprofeno. Outros autores recomendam o uso de analgésicos locais como a lidocaína, benzocaína ou prilocaína tópica sendo aplicado imediatamente após remoção do material de penso e apenas realizar o procedimento quando se atinja um controlo da dor adequado (Seaman, 2006; Woo & Sibbald, 2010).

A escolha da irrigação como técnica de limpeza da ferida maligna, é uma técnica transversal para prevenir hemorragia, também é efetiva para reduzir a dor (Woo & Sibbald, 2010), bem como o uso de material não aderente e atraumático, como interfaces de silicone (Woo & Sibbald, 2010), que permitem redução da dor na remoção do material de penso. Remoção essa que deverá ser realizada de forma suave e pouco frequente (Woo & Sibbald, 2010). O uso de removedor de adesivo está indicado não só para facilitar a remoção do material de penso como para prevenir trauma da pele (Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

A aplicação de gelo local após a realização dos cuidados locais à FM (Seaman, 2006), bem como a colocação de um penso oclusivo (Gerlach, 2005), são outras opções referidas. O recurso ao *TENS*, técnicas de relaxamento, de distração ou de visualização são opções com efeito (EONS, 2015). O *TENS* estimula os nervos que levam as mensagens não dolorosas para o cérebro, superando e parando as mensagens dolorosas, e inicia a produção de endorfina (EONS, 2015).

O suporte emocional tem de ser sempre providenciado a qualquer pessoa com dor (Grocott, 2007).

### **1.1.2. Hemorragia**

A ferida maligna é comumente composta por tecido frágil e friável, e que sangra com facilidade, principalmente se ocorrer trauma na remoção do material de penso (Naylor, 2002). A função das plaquetas encontra-se também diminuída dentro do tumor e pode ser um fator para a hemorragia (Naylor, 2002). Episódios de hemorragia espontânea também podem ocorrer quando o tumor erode vasos sanguíneos grandes, resultando em hemorragia profusa, que será um foco de *distress* para o doente, família e cuidadores (Naylor, 2002).

É crucial prevenir a hemorragia (Naylor, 2002), sendo a técnica de limpeza da ferida maligna de extrema importância. É unânime que a técnica de limpeza a utilizar na ferida maligna é a irrigação e de forma suave (Naylor, 2002; Gerlach, 2005; Grocott, 2007). Esta deve ser realizada com água ou soro fisiológico mornos (Naylor, 2002), se indicado, para maior conforto.

A irrigação deve ter a pressão suficiente para remover detritos, mas sem causar trauma, devido ao risco de hemorragia (Gerlach, 2005). A pressão deve ser entre 4 a 15 psi, e pode ser atingida com recurso a um balão de 250 ml de soro fisiológico com cápsula para irrigação, sendo um método efetivo e eficaz (pressão de 5 psi) (Gerlach, 2005). Se a lesão não for friável a limpeza pode ser efetuada no chuveiro (Seaman, 2006).

Se a lesão tiver pouco exsudado, um modo de prevenir a hemorragia é através da colocação de material não aderente e da promoção da humidade, através de folhas de hidrogel ou hidrogel amorfo (Seaman, 2006). Manter a humidade e colocar um interface húmido fará a remoção menos traumática (Grocott, 2007). No entanto Woo & Sibbald (2010), afirmam que a humidade não está indicada em feridas não cicatrizáveis e desaconselham o uso de material que retenha humidade como hidrogel e hidrocolóide.

Quando ocorre uma hemorragia pode-se realizar pressão direta na ferida maligna durante 10 a 15 minutos (Gerlach, 2005; Seaman, 2006).

Existem diversos hemostáticos tópicos disponíveis para o controlo de hemorragia. Entre os hemostáticos naturais, destacam-se o colagénio, a celulose oxidada e o alginato de cálcio (Seaman, 2006; Grocott, 2007). O alginato de cálcio é sobejamente conhecido pelas suas propriedades hemostáticas, em que o cálcio é libertado para a ferida em troca do sódio despoletando a cascata da coagulação, o alginato de cálcio converte a fibra em hidrogel promovendo conforto local e proteção (Santos, Pimenta & Nobre 2010). Mas o alginato tem de ser usado com precaução (Naylor, 2002; Gerlach, 2005), principalmente quando os capilares são visíveis na superfície da ferida, pois danos mecânicos e hemorragia podem acontecer quando se usa material fibroso, sendo que uma alternativa é uso de camadas de contacto de silicone (Grocott, 2007). Alguns autores referem mesmo que o material fibroso deve ser evitado (Naylor, 2002; Grocott, 2007).

Coagulantes como a esponja de gelatina (Seaman, 2006), ou pó resultante da mesma, e a trombina são mais opções (Woo & Sibbald, 2010).

O nitrato de prata é um agente esclerosante com ação hemostática eficaz em pequenos focos hemorrágicos (Gerlach, 2005; Seaman, 2006).

Os inibidores de fibrinólise, como o ácido tranexâmico, por via oral são eficazes tanto para prevenir como para parar a hemorragia (Naylor, 2002; Grocott, 2007; Woo & Sibbald, 2010).

Muitos dos autores mencionam a aplicação tópica de vasoconstritores como a adrenalina tópica, mas esta terapêutica deve ser usada com supervisão médica, pois o seu uso pode causar isquémia e necrose dos tecidos (Naylor, 2002). É utilizada na proporção de 1:1000 (1mg/1ml) (Naylor, 2002; Gerlach, 2005; Seaman, 2006; Grocott, 2007; Tandler & Stephen-Haynes, 2017). Para além da adrenalina Woo & Sibbald, (2010), aludem à aplicação da cocaína da mesma forma, mas reforçam a necessidade de vigiar os efeitos sistémicos destes fármacos.

Fármacos adstringentes como a solução de alumínio e a pasta de sucralfato são mencionados (Woo & Sibbald, 2010). Quanto ao sucralfato a pasta pode ser conseguida pela diluição de um comprimido em 5ml de gel solúvel em água ou só em água, e aplicado na lesão (Naylor, 2002; Woo & Sibbald, 2010), enquanto Grocott (2007), alude ao uso da suspensão.

A tradicional aplicação de gelo local é também uma mais valia (Seaman, 2006). Se a hemorragia for elevada o uso de material cirúrgico, que não tem de ser removido, como esponjas absorventes é uma alternativa, pois promovem uma hemóstase rápida (Naylor, 2002; Grocott, 2007), mas nem sempre estão disponíveis em todos os contextos.

As gazes parafinadas ou vaselinadas tradicionais não estão aconselhadas, pois podem aderir ao leito da ferida ou ficar incorporadas nos tecidos e causar trauma significativo na remoção, causando dor e hemorragia (Naylor, 2002), mesmo quando ensopados. Apesar disso, Gerlach (2005) referencia o *petrolatum*, mas alerta para a sua aplicação com cuidado principalmente em doentes a fazer radioterapia, pois pode potenciar o efeito bolus da radiação, aconselhando a sua remoção e limpeza posterior à radiação.

Senão se conseguir um controlo adequado será necessário pedir colaboração de outras especialidades, e validar a necessidade de técnicas como a embolização das artérias do tumor, quimioterapia, radioterapia (Seaman, 2006).

A remoção do material de penso sem trauma é determinante para evitar que a hemorragia ocorra (Grocott, 2007; Woo & Sibbald, 2010), não só com os cuidados na técnica de remoção, bem como pelo recurso a material não aderente (Naylor, 2002),

como as camadas de contacto de silicone (Grocott, 2007). Usar removedor de adesivo e aplicar soro fisiológico também irá facilitar a remoção (Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

### 1.1.3. Odor/Infeção

O odor deve-se a infeção ou colonização de bactérias anaeróbias presente no tecido necrótico (Naylor, 2002). A colonização mais frequente deve-se a bacterioides que libertam ácidos gordos voláteis, como ácido acético, capróico, entre outros, no entanto bactérias anaeróbias também são encontradas na FM (Firmino & Carneiro, 2007). Vicente (2017), afirma que os microrganismos que se encontram com mais frequência numa FM com odor são anaeróbios como bacterioides e *Clostridium*, e aeróbios como *Klebsiella*, *Proteus* e as *Pseudomonas*. Verifica-se também a presença de *dimethyl trisulfide*, que é uma substância volátil emitida pelas FM (Vicente, 2007). Logo, a redução do tecido necrosado e da infeção vai diminuir o odor (Gerlach, 2005). O odor produzido pela ferida maligna é constantemente detetado, e é muitas vezes um gatilho para a náusea e vômito (Naylor, 2002). O exsudado estagnado no penso também poder ser uma fonte do mau odor (Naylor, 2002).

Para Tandler & Stephen-Haynes (2017), citando Lo et al. (2012), o odor causa *distress* comparando com outros sintomas, aumenta a ansiedade, a revolta, o isolamento social e náusea. A bibliografia apresenta diversas formas de avaliar o odor, como demonstrado no quadro 4 e no quadro 5, que são uma mais valia para a avaliação deste sintoma.

**Quadro 4.** Escala de Avaliação do Odor de Haughton & Young (1995)

<b>Forte</b>	O odor é sentido na entrada da sala (2-3 metros de distância do doente) ainda com o penso intacto
<b>Moderado</b>	O odor é sentido na entrada da sala (2-3 metros de distância do doente) quando o penso é removido
<b>Ligeiro</b>	O odor é sentido junto ao doente quando o penso é removido
<b>Sem odor</b>	O odor não é sentido, mesmo junto à cabeceira do doente, quando o penso é removido

Fonte: Haughton & Young (1995)

**Quadro 5.** Escala do Odor TELER (2004)

Código 5	Sem odor
Código 4	Odor detetado na remoção do penso
Código 3	Odor é sentido na exposição do penso
Código 2	Odor sentido distancia de um braço do doente
Código 1	Odor é sentido à entrada do quarto
Código 0	O odor é sentido na entrada da casa/enfermaria/clínica

Fonte: Vicente (2016)

Vicente (2017), refere ainda a escala de Baker & Haig (1981) e a de Poteete (1993). Parece ser de comum acordo que o primeiro passo para controlo do odor é a limpeza da ferida maligna, seja com água ou soro fisiológico (Naylor, 2002; Gerlach, 2005), com produtos de limpeza comerciais (Gerlach, 2005; Seaman, 2006), ou com produtos de limpeza de pele/incontinência que contenham sabão suave e ingredientes antibacterianos (Seaman, 2006). Servem para controlar a colonização local e o odor, mas só se devem usar na ferida senão causarem irritação, se tal se verificar devem ser usados só na pele circundante (Seaman, 2006).

A limpeza vai remover os contaminantes, detritos e resíduos metabólicos da superfície da ferida maligna (Gethin, 2011), mas deve ser realizada com cuidado para não causar danos na ferida, já por si friável (Gerlach, 2005).

Se a limpeza for realizada com água esta ser pode ser com água da rede pública ou água própria para consumo (Tandler & Stephen-Haynes, 2017). O banho do chuveiro é aceitável, mas o penso tem de ser revisto individualmente tendo em conta o risco hemorrágico e as preferências do doente (Tandler & Stephen-Haynes, 2017). O recurso ao chuveiro para além de promover a limpeza da ferida traduz também um benefício psicológico ao ajudar o doente a sentir-se limpo, instruindo a colocar a água acima da lesão e deixar correr (Seaman, 2006).

Os antissépticos apesar de estarem indicados para a redução da carga microbiana têm de ser utilizados com precaução, pois podem lesar os tecidos (Naylor, 2002). Não devem ser usados antissépticos citotóxicos não seletivos porque podem causar trauma (Gerlach, 2005). Peróxido de hidrogénio, soluto de *Dakin* e a iodopovidona podem ser usados, mas tem de se pesar os seus efeitos negativos, como irritação, disseção da lesão com dor e hemorragia (Seaman, 2006). A clorexidina pode ser uma opção, quando a carga microbiana for mais preocupante que a toxicidade nos tecidos (Woo & Sibbald, 2010). Ao usar os antissépticos ter atenção à

quantidade do exsudado porque as soluções rapidamente são inativadas pelo mesmo (EONS, 2015). Os agentes antimicrobianos mais comumente usados em feridas malignas são o cadexómero de iodo, clorexidina, mel medicinal, iodo, octenidina, polihexametileno de biguanida, iodopovidona, prata e produtos com libertação lenta de peróxido de hidrogénio (EONS, 2015).

Os antibióticos sistémicos podem ser utilizados para reduzir a colonização bacteriana e têm um controlo efetivo sobre os produtos metabólicos voláteis (Gerlach, 2005; Grocott, 2007), mas apresentam limitações como o aumento da incidência de antibióticos resistentes e os efeitos secundários, que podem ser evitados com doses baixas sem perder o efeito terapêutico em relação ao odor. O fraco aporte de sangue dentro da lesão pode reduzir a eficácia do antibiótico sistémico e por via oral (Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

Pensos impregnados de prata exercem efeito antimicrobiano, mas esta tem de ser ativada na sua forma iónica na presença de um ambiente de ferida aquoso, o que está contraindicado em feridas não cicatrizáveis (Grocott, 2007; Woo & Sibbald, 2010).

É consensual que o uso do metronidazol tem efeito no controlo do odor da ferida maligna, atuando sobre as bactérias anaeróbias e protozoários (Santos, Pimenta & Nobre, 2010; Gethin, 2011). Mas verifica-se uma diversidade de métodos e vias em como utilizá-lo não tendo todas a mesma aprovação.

O metronidazol sistémico (Naylor, 2002; Gethin, 2011; Tandler & Stephen-Haynes, 2017) surge frequentemente referenciado, seja isoladamente ou em conjunto com a sua formulação tópica. Por via oral pode ser efetivo (Gerlach, 2005; Woo & Sibbald, 2010), mas pode causar neuropatia e intolerância ao álcool (Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

Metronidazol em gel (0,75%) direto na ferida, para cobrir o leito da ferida ou preencher cavidades (Naylor, 2002; Gerlach, 2005; Seaman, 2006; Grocott, 2007; Santos, Pimenta & Nobre, 2010), reúne o maior consenso. A humidade do gel vai promover o desbridamento ao facilitar a autólise dos tecidos desvitalizados ou necróticos (Gethin, 2011). As alternativas ao seu uso mais controversas são o metronidazol em comprimidos esmagados e diluídos em água estéril, obtendo-se uma solução de 0,5%(5mg/cc) ou (1% (10mg/cc) (Seaman, 2006; Gethin, 2011), sendo aplicado numa gaze embebida na diluição ou através de irrigação, mas verifica-se uma falta de evidência científica, mas não está associado a dor ou desconforto (Gethin, 2011).

Woo & Sibbald (2010), mencionam tanto ao uso do metronidazol tópico em gel, como a gaze impregnada com solução endovenosa, e ainda a esmagar comprimidos e aplicar o pó diretamente na ferida maligna, sendo observada redução do odor após 24 horas. Mas a EONS (2015), avisa para o seu uso irregular e que os produtos contidos podem irritar a lesão.

O desbridamento pode ser usado para diminuição da carga microbiana (Gerlach, 2005), presente no tecido desvitalizado (Woo & Sibbald, 2010). O desbridamento, independentemente do método, tem de ser feito com cuidado pois, a lesão é friável com tendência a sangrar (Gethin, 2011), e nem sempre temos conhecimento das condições das estruturas debaixo do tecido desvitalizado ou necrosado.

O método de desbridamento mais consensual é o autolítico (Naylor, 2002; Seaman, 2006; Tandler & Stephen-Haynes, 2017), seguindo-se o enzimático (Naylor, 2002; Gerlach, 2005). No entanto o desbridamento autolítico pode aumentar o odor e o exsudado temporariamente (Gerlach, 2005; Grocott, 2007).

Pasta de açúcar ou mel, técnicas usadas quase ancestrais têm vindo a adquirir popularidade (Naylor, 2002). O açúcar presente produz hiperosmolaridade no ambiente da ferida, que inibe o crescimento bacteriano e promove o desbridamento da ferida (Naylor, 2002; Grocott, 2007). O mel utilizado deve ser medicinal e esterilizado por radiação gama (Naylor, 2002). Seja usado em gel ou em penso impregnado, de acordo com o nível de exsudado, são reportados relatos de dor aquando da sua aplicação (Gethin, 2011).

O uso de pensos impregnados em carvão ativado é talvez a intervenção com mais unanimidade pelos autores dos estudos selecionados (Naylor, 2002; Gerlach, 2005), seja como penso primário ou secundário (Seaman, 2006; Santos, Pimenta & Nobre, 2010; Gethin, 2011). O carvão adsorve os químicos voláteis com odor antes que passem para o ar (Grocott, 2007). Mas para manter a sua eficácia torna-se necessária a associação de um penso oclusivo para que o odor não passe para o ar (Naylor, 2002; Santos, Pimenta & Nobre 2010; Woo & Sibbald, 2010; Tandler & Stephen-Haynes, 2017), uma vez que este atua por adsorção e não absorção (Grocott, 2007).

O *mesalt*, que é um penso absorvente de material não tecido de viscose ou poliéster impregnado de cloreto de sódio, e que atua pelo efeito hipertrófico também é considerado eficaz por alguns autores (Gerlach, 2005; Santos, Pimenta & Nobre, 2010).



Santos, Pimenta & Nobre (2010), encontraram referência à pasta de curcuma, sendo esta o componente biológico fitoquímico presente no açafrão, e tem propriedades anti-inflamatórias, que inibem as enzimas que regulam o processo inflamatório, no entanto esta alternativa carece de mais estudo.

O cadexómero de iodo para além de controlar o odor, também controla o exsudado, mas pode causar sensação de queimadura (Seaman, 2006).

Santos, Pimenta & Nobre (2010), reportam, ainda com pouca validade comprovada, a utilização de trióxido de arsénico tópico, bem como referem o estudo de caso realizado por Yian (2005), em que foram colocados sacos de chá verde com efeito positivo quer no controlo do odor como do exsudado.

Verifica-se alguma discrepância em relação à frequência da realização do penso, em que Naylor (2002), advoga uma vez por dia, enquanto Gerlach (2005) afirma que o penso deve ser mudado logo que fique saturado.

Os cuidados após realização do penso são também importantes e inclui-se o remover do material logo após o procedimento para evitar a acumulação do odor contido no exsudado (Naylor, 2002), remoção de roupa suja e manutenção de contentores fechados (Gethin, 2011).

Existem ainda algumas medidas ambientais para reduzir o odor como os desodorizantes (Gerlach, 2005; Tandler & Stephen-Haynes, 2017), iogurte e *buttermilk*, mas o seu efeito é mínimo (Gerlach, 2005). Gethin (2011), indica a análise *in vitro* de polímeros naturais absorventes de odor onde de incluiu o mel de *Manuka*, aloé vera e óleo da árvore do chá, que mostrou que a aloé vera tem um efeito de redução do odor comparável ao do penso de carvão, mas mais vez é necessária mais investigação.

O uso de óleos essenciais é também sobejamente referido. Vaporizar a sala na altura da mudança do penso com óleos essenciais, queimar o óleo, misturar em cremes e aplicados na ferida ou colocar algumas gotas no exterior do penso, no caso de o cheiro passar (Gethin, 2011), são formas de utilização. Óleo de árvore de chá foi também utilizado na limpeza da lesão ou misturado em cremes e aplicado na ferida (Gethin, 2011). Deve ser discutido com farmacêutico para assegurar a segurança do seu uso e apenas deve ser usado por profissionais com conhecimentos e competências para o fazer (Gethin, 2011).

Os óleos que podem ser utilizados são o de pimenta (Woo & Sibbald, 2010), de eucáplito, de lavanda, de laranja bergamota (EONS, 2015), e de dente de alho. O uso de óleos essenciais deve de ir de encontro à escolha do doente e deve-se ter

precauções, pois o cheiro intenso pode ser contraproducente (Gethin, 2011). O uso de azeite balsâmico (EONS, 2015), e de salva seca (Gethin, 2011), surge também na literatura.

Absorventes de odor colocados debaixo da cama do doente têm também demonstrado eficácia, como areia de gato (Seaman, 2006; Gethin, 2011; Woo & Sibbald, 2010), bicarbonato de sódio (Woo & Sibbald, 2010), e pedaços de carvão (Seaman, 2006; Gethin, 2011). Em relação a este último, Woo & Sibbald (2010), referem que atua como filtro e não absorve o odor. Gethin (2011), refere ainda a colocação de recipientes com grãos de café ou espuma de barbear perto do doente.

#### **1.1.4. Exsudado**

O elevado nível de exsudado está associado à anormal permeabilidade capilar dentro da lesão, sendo uma consequência da vascularização desorganizada do tumor e das células tumorais que segregam fator de permeabilidade vascular (Naylor, 2002). Para além da desorganização dos vasos sanguíneos resultante do aumento tumoral, o processo inflamatório e a proliferação das bactérias também vão produzir exsudado (Tandler & Stephen-Haynes, 2017). O exsudado compreende eletrólitos, água, nutrientes, fatores de crescimento, enzimas, substâncias envolvidas nos processos inflamatórios, leucócitos e outros produtos (Tandler & Stephen-Haynes, 2017). A quantidade de exsudado pode ser grande, podendo ir até um litro por dia (EONS, 2015).

Sem um controlo efetivo o exsudado tem impacto físico e psicológico devido a fugas, sujidade, mudanças frequentes do penso ou reforços, maceração da pele circundante e odor (Grocott, 2007).

A aplicação de alginato, hidrófibras, espumas aquando a realização do penso é bastante aceite (Naylor, 2002; Woo & Sibbald, 2010). Seaman (2006), sugere copolímero de amido, mas é uma opção mais dispendiosa.

Pensos superabsorventes baseados na tecnologia das fraldas (Woo & Sibbald, 2010), são mais recentes, podendo ainda se combinar material para exsudado moderado a elevado (Naylor, 2002), para otimizar os resultados.

Embora controverso o uso de pensos menstruais como pensos secundários pode ser vantajoso, pela capacidade de absorção, acesso, e por serem maleáveis na aplicação (Seaman, 2006), o uso de fraldas é ainda sugerido por Gerlach (2005). Vicente (2016), refere que material como pensos higiénicos, de incontinência, fraldas

de adulto ou de bebé implicam mudança com frequência porque não permitem boas trocas gasosas.

Recorrer a sacos de ostomia e sacos de feridas (Naylor, 2002; Gerlach, 2005), tem um bom efeito para o controlo do exsudado, pois são eficazes quando a lesão apresenta dimensões que permitam o seu uso.

#### **1.1.5. Prurido**

O prurido em redor da ferida maligna pode ocorrer quando novos nódulos se formam na pele, bem como pela atividade tumoral (Naylor, 2002). Pensa-se que se deve ao facto de a pele esticar, que por sua vez irrita as terminações nervosas, mas outras causas podem estar presentes como a escoriação da pele provocada pela presença de exsudado (Naylor, 2002). Ocorre pela estimulação dos terminais livres nervoso das fibras C especializadas, por um ou mais estímulos, endógenos ou exógenos (Vicente, 2016), e encontra-se muito associado à doença inflamatória da mama e infiltração cutânea (Grocott, 2007).

O tratamento do prurido é geralmente difícil por que a causa está relacionada com a atividade tumoral e irritação, e não responde bem a anti-histamínicos (Naylor, 2002; Grocott, 2007). No entanto, a terapêutica anti-histamínica (ex. hidroxizina, difenidramina), encontra-se referenciada como estratégia de alívio do prurido (Gerlach, 2005). É de referir que este sintoma é talvez o menos referenciado em associação à ferida maligna e talvez por isso ainda não esteja devidamente documentado.

A administração de antidepressivos tricíclicos e da paroxetina pode ser também eficaz para o prurido, mas o seu uso está limitado pela sua toxicidade (Grocott, 2007).

Gerlach (2005), advoga ainda o uso de cremes e loções, mas Naylor (2002), aconselha a aplicação de creme de mentol (à base de água), na área à volta, mas não na lesão, pois não só promove a hidratação como tem um efeito refrescante na pele.

Naylor (2002), refere ainda a aplicação de folhas de hidrogel diretamente na ferida maligna, potenciando o seu efeito se estas se encontrarem refrigeradas num frigorífico que não seja para acondicionar comida. Segundo a EONS (2015), podemos também aplicar pomada de capsaicina (0,25% a 0,75%), mas esta só pode ser usada em pele intacta.

A Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea ou *TENS* pode ser uma ferramenta eficaz para o controlo do prurido (Naylor, 2002; Grocott, 2007), mas a localização dos elétrodos na pele é de acordo com recetores locais na área da pele

intacta e envolve um certo grau de tentativa erro, pelo que é importante envolver especialistas na sua aplicação e não elevar expectativas (Grocott, 2007).

#### **1.1.6. Pele Circundante**

A pele circundante à FM está também sujeita a trauma constante, quer pela presença de exsudado, quer pela agressão do material de fixação. Deve-se proteger a pele com material barreira (Naylor, 2002), seja em líquido, creme ou pomada (Seaman, 2006; Grocott, 2007), ou mesmo com produtos barreira próprios para ostomias (Seaman, 2006). Pode ser também colocada uma moldura à volta da lesão com hidrocolóide e fixar o penso nessa barreira (Naylor, 2002; Seaman, 2006; Woo & Sibbald, 2010).

Aplicação de óxido de zinco, acrilato de *petrulum* também contam com medidas de proteção da pele circundante à ferida maligna (Woo & Sibbald, 2010).

Se a causa da maceração de pele for o exsudado, deve ser usado material de penso absorvente, cuja mudança deve ser regular, ou conter o exsudado com sacos próprios para ostomias ou sacos de feridas (Gerlach, 2005), conforme já supracitado. O uso de material à base de silicone é uma vez mais uma mais valia para evitar traumas na remoção do material de penso.

Material alternativo como cuecas de rede, soutien, manga elástica, ligadura, pode proteger a pele ao auxiliar a fixação do penso, ou afins, bem como roupa larga para evitar a fricção (Gerlach, 2005; Seaman, 2006).

O uso de adesivo não está indicado, mas se este não puder ser evitado, o adesivo deve ser não traumático e microporoso, e pode-se colocar copolímero em filme antes, para ajudar na fixação (Gerlach, 2005).

## 1.2. Teoria do Fim de Vida Tranquilo

A Teoria do Fim de Vida Tranquilo é uma teoria de enfermagem pouco conhecida quando comparada com outras. Mas tendo em conta o contexto inerente à pessoa com ferida maligna, em que muitas vezes os objetivos dos cuidados são paliativos, julgo que é mais do que adequada para alicerçar este relatório.

Esta teoria nasceu em 1998 pelas mãos de Cornelia Ruland e Shirley Moore, e tem por base diversas fontes teóricas. Em primeiro lugar baseia-se no modelo de Donabedian de estrutura, processo e resultados, que por sua vez foi desenvolvido pelo sistema geral de teorias (Ruland & Moore, 1998).

A segunda base teórica fundeia-se na teoria da preferência, que tem sido usada por filósofos para explicar e definir qualidade de vida. Nesta teoria a qualidade de vida é definida como o conseguir o que se quer, uma abordagem muito apropriada para o final de vida. Define-se e avalia-se assim qualidade de vida como a manifestação da satisfação através da avaliação empírica de resultados como o alívio de sintomas e pela satisfação com as relações interpessoais (Ruland & Moore, 1998).

Incorporar as preferências dos utentes nas decisões dos profissionais de saúde é considerada apropriada e necessária para um processo e resultados de sucesso (Ruland & Moore, 1998).

Sendo uma teoria descritiva compreende diversas afirmações relacionais propostas para as quais mais evidência científica é necessária (Ruland & Moore, 1998). Esta teoria diz-nos que os cuidados de enfermagem são cruciais para que o indivíduo atinja um fim de vida tranquilo, pois são as enfermeiras que avaliam e interpretam pistas que refletem a experiência de fim de vida das pessoas e intervêm adequadamente para atingir ou manter uma experiência tranquila, mesmo quando a pessoa não consegue comunicar (Ruland & Moore, 1998).

Perante uma pessoa com ferida maligna, vamos ter de gerir não só os sintomas físicos como os sintomas psicológicos e emocionais, sabendo que as ocorrências e emoções são uma experiência pessoal e individual (Ruland & Moore, 1998).

Para Higgins & Moore (2000), existem duas assunções implícitas nesta teoria, que são parte integrante da filosofia de cuidados à pessoa com ferida maligna e uma parte importante na prestação dos cuidados em fim de vida: a família, que inclui todas as pessoas significativas; e que objetivo dos cuidados em fim de vida não é otimização os mesmos, no sentido em que têm que ser os melhores, os tratamentos mais avançados tecnologicamente, um tipo de cuidados que muitas vezes resultam em

tratamento excessivo (Ruland & Moore, 1998). Ao invés, o objetivo em fim de vida é prestar o melhor cuidado possível, providenciado através do uso judicioso da tecnologia e das medidas de conforto, de modo a aumentar a qualidade de vida e alcançar uma morte tranquila.

A dor é um sintoma frequente associado à pessoa com FM, bem como um sintoma frequente no fim de vida. As autoras incluíram a definição de dor da IASP de 1979, que em 1994 foi atualizada como “uma experiência, sensorial ou emocional, desagradável, associada a uma lesão tecidual atual ou potencial, ou descrita em função de tal lesão (IASP, 1994), versão esta utilizada pela DGS atualmente. Não ter dor, ou estar com dor ou com sintomas controlados é a parte central da experiência de muitos doentes em fim de vida, que se pode alcançar através da monitorização e administração de analgesia e da aplicação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas (Ruland & Moore, 1998).

Infelizmente, a dor não é o único sintoma que pode ser manifestado pela pessoa com FM. É importante que a pessoa experiencie conforto (Ruland & Moore, 1998). As autoras desta teoria utilizaram o conceito de conforto usando o trabalho de Kolcaba de 1991, como “alívio do desconforto, um estado de facilidade e satisfação pacífica, e o que torne a vida fácil e agradável” (Ruland & Moore, 1998, p.172). Prevenir, monitorizar e aliviar o desconforto físico facilita o repouso, o relaxamento e o contentamento, e previne complicações, o que contribui para que o doente experiencie conforto (Ruland & Moore, 1998).

A experiência de dignidade e respeito é outro foco da Teoria do Fim de Vida Tranquilo, que preconiza que cada doente terminal seja “respeitado e validado como um ser humano” (Ruland & Moore, 1998, p.172). Este conceito incorpora a ideia de valor pessoal, expressado pelo princípio ético de autonomia ou respeito pelas outras pessoas, que afirma que os indivíduos devem ser tratados como agentes autónomos, e pessoas com autonomia diminuída têm direito a proteção (Ruland & Moore, 1998, citando *United States*, 1978). Incluir o doente e as pessoas significativas na tomada de decisão em relação aos cuidados, tratando-o com dignidade, empatia e respeito, e estar atento às suas necessidades, desejos e preferências expressas, contribuem para que a pessoa experiencie dignidade e respeito (Ruland & Moore, 1998).

Muitas pessoas com FM encontram-se em sofrimento emocional, tendo inclusive sentimentos até de repulsa de si mesmo. Mas para Ruland & Moore (1998), a pessoa em fim de vida deve estar em paz, sendo esta definida como “sentir calma, harmonia, contentamento, sem ansiedade, inquietação, preocupações ou medos”

(p.172). Para que o doente experiencie paz devemos providenciar apoio emocional, monitorizar e responder às necessidades expressas pelo mesmo, administrar medicação ansiolítica, proporcionar orientação ao doente e pessoas significativas em assuntos práticos e proporcionar presença física de outra pessoa, se assim desejado, contribui para que o doente experiencie estar em paz (Ruland & Moore, 1998).

A proximidade às pessoas significativas é crucial para as pessoas com FM, mas verifica-se por parte do doente um afastamento, isolamento por vergonha dos sintomas associados à mesma. A proximidade é o “sentimento de conexão a outros seres humanos que se preocupam”, e envolve a proximidade física e emocional que é expressada através de relações calorosas e íntimas (Ruland & Moore, 1998, p.172). Ao cuidarmos da pessoa com FM devemos facilitar a participação das pessoas significativas nos cuidados, atendendo ao seu sofrimento, preocupações e questões, e facilitar oportunidades para a família contribuir para que o doente experiencie proximidade com as pessoas significativas (Ruland & Moore, 1998).

As junções destes seis conceitos principais contribuem para que a pessoa experiencie um fim de vida tranquilo (Ruland & Moore, 1998, p.174). Esta teoria tem ganho reconhecimento internacional como contendo componentes-chave para uma morte tranquila. As autoras reconhecem a necessidade de refinar e desenvolver a teoria.

Perante toda a complexidade inerente à pessoa com FM considero importante reforçar a necessidade dos cuidados centrados na pessoa. O cuidado centrado na pessoa é uma abordagem da prática estabelecida através de formação e do estabelecimento de relações terapêuticas entre todos os prestadores de cuidados, sejam eles utentes ou pessoas significativas para ele, é sustentada por valores como o respeito pela pessoa, pelo direito individual à auto-determinação e compreensão mútua (McCormack, 2010, citado por McCance, McCormack & Dewing, 2011).

São quatro as dimensões dos cuidados centrados na pessoa, que incluem: “pré-requisitos”, que são dirigidos à qualidade e competência de quem presta cuidados; “o ambiente de cuidado”, que se foca no contexto onde os mesmos são prestados; “processo” centrado na pessoa, cujo foco está na posição dos cuidados de enfermagem com a inclusão das crenças e valores da pessoa, envolvimento, presença empática, com partilha na tomada de decisão e provisão de necessidades físicas; e “os resultados” que são o produto da eficácia da enfermagem centrada na pessoa, e são o componente central do enquadramento e dos cuidados de enfermagem efetivamente centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006).

A satisfação com os cuidados implica sensação de bem-estar, envolvimento no cuidar e a criação de um ambiente terapêutico com partilha da tomada de decisão (McCormack & McCance, 2006), integrado num modelo de cuidados holístico, o cuidado centrado na pessoa que valoriza as perspetivas e experiências dos utentes (McCormack et al., 2012).

Esta abordagem também não distingue entre o utente e as pessoas significativas estabelecendo com ambos a relação de confiança necessária para a prestação dos cuidados (McCormack et al., 2012).

### 1.3. Cuidados Paliativos

A palavra paliativos tem a sua origem no verbo latino *palliare*, que significa manto, capa ou mesmo proteção (Magalhães, 2009). É a partir deste sentido que os cuidados paliativos se identificam (Magalhães, 2009), promovendo a qualidade de vida através do alívio dos sintomas apresentados.

Twycross (2003, p.16), define os cuidados paliativos como:

os cuidados ativos e totais aos pacientes com doença que constituam risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença do paciente já não responde aos tratamentos curativos ou que prologuem a vidas.

São uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida dos doentes e famílias que enfrentam problemas associados a uma doença fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento, da deteção precoce e da avaliação impecável da dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais (WHO, 2017).

Os cuidados paliativos são “resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias” (APCP, 2017, para.4).

O despacho 14311-A/2016 (2016), referente ao Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos estipula que todas as pessoas portadoras de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva, residentes em território nacional, tenham acesso a cuidados paliativos de qualidade, independentemente da sua idade, diagnóstico, local de residência ou nível socioeconómico, desde o diagnóstico até ao luto.

Para Neto (2016a), as áreas fundamentais para a prestação de cuidados paliativos são o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa. Dirigirem-se mais para a pessoa do que para a sua doença;



aceitam a morte, mas destacam a melhoria a vida; constituem uma aliança com o doente e com os seus cuidadores e focam-se na reconciliação ao invés da cura (Twycross, 2003).

Nos utentes em fim de vida existem várias fontes promotoras de sofrimento, sendo estas: a perda de autonomia e dependência de outros, sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal, perda de sentido de vida, perda de dignidade, perda de papéis sociais e estatuto, perda de regalias económicas, alterações nas relações interpessoais, modificação de expectativas e planos futuros e abandono (Neto, 2016a).

Os cuidados paliativos são repletos de complexidade que podem depender do doente, da situação clínica, da situação emocional, da evolução da doença e ocorrência de tratamentos, da família, de outras equipas participantes e de dilemas éticos e valores, atitudes e crenças (Gómez-Batiste, 2005b).

Para Gómez-Batiste (2005b), a consideração do impacto emocional da família e da equipa foi inovador na cultura de paliativos, sendo que a família percebe os sintomas, a evolução e a incerteza.

A avaliação das necessidades globais do doente e da família é necessária para a prestação de cuidados paliativos, em que os elementos a serem avaliados são: a história de vida e os seus acontecimentos principais; valores e expectativas; disposições prévias; comorbilidades prévias; elementos da doença atual como tempo de evolução, sintomas, impacto emocional e nível de ajuste, impacto sobre as atividade de vida, tratamentos, evolução, informação e perceção, modelos de adaptação; situação familiar: cuidador, relações, capacidade de cuidar, aspetos sociais e emocionais; crises possíveis na evolução da doença e prognóstico previsível (Gómez-Batiste, 2005a).

Para Gómez-Batiste (2005a), um plano terapêutico global deve incluir o tratamento farmacológico, as medidas gerais, o suporte emocional global e específico, a informação, a atenção à família e ao cuidador principal, a educação para cuidar, atitudes perante as crises e indicação de recursos.

## **2. PERCURSO DO PROJETO**

A metodologia do projeto tem como objetivo principal a resolução de problemas, e consequentemente a aquisição de capacidades e competências pessoais pela elaboração e concretização de um projeto em contexto real (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). O conhecimento teórico adquirido anteriormente é o suporte para a aplicação na prática e este método pretende fazer a ligação entre ambas, a teoria e a prática (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). A teoria deve ser capaz de influenciar a prática da enfermagem, a educação e a investigação (Ruland & Moore, 1998).

Podemos definir a metodologia do projeto como “um conjunto de operações explícitas que permitem produzir uma representação antecipada e finalizante de um processo de transformação real, logo levando à mudança (Ruivo et al., 2010, p.3). Vai permitir resolver e/ou estudar um problema que preocupa quem o vai elaborar, centrando-se na investigação, na análise e resolução de problemas (Ruivo et al., 2010). Neste caso, a génese deste projeto teve por base uma preocupação pessoal, mas que foi validada pela equipa de enfermagem a que pertenço.

Esta metodologia tem como características fundamentais: ser uma atividade intencional; pressupõe iniciativa e autonomia; ter autenticidade, no sentido que o seu foco tem por base um problema real; envolve complexidade e incerteza; e tem um carácter prolongado e faseado (Ruivo et al., 2010). A execução da metodologia de projeto pode ser dividida pelas seguintes cinco fases: elaboração do diagnóstico de situação, planificação de atividades, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo et al., 2010).

### **2.1. Diagnóstico da Situação**

Este projeto começou após a realização de um diagnóstico da situação realizado no local de estágio 4, local onde exerço funções, por se verificar desconhecimento acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com FM.

O diagnóstico da situação é a primeira etapa da metodologia de projeto e tem como objetivo a elaboração de um mapa cognitivo sobre o problema previamente identificado (Ruivo et al., 2010). Para o desenvolvimento de um projeto na área da saúde é necessário ir-se ao encontro das necessidades da população, para que se desenvolvam estratégias e ações (Ruivo et al., 2010). Os esforços devem ser

concentrados com base nos recursos disponíveis e devem fomentar o trabalho em equipa entre os profissionais de saúde (Ruivo et al., 2010).

Cuidar de pessoas com FM representa um desafio não só para os utentes e famílias, mas também para os profissionais de saúde, pelo que compreender as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros quando cuidam destas pessoas pode ajudar a guiar a prática e conduzir ao desenvolvimento (Probst et al., 2013).

O local de estágio 4, onde o projeto foi implementado faz parte de um centro hospitalar, na região sul do país, e assegura a prestação de cuidados de saúde a toda a região do Algarve, que consiste em 16 concelhos, e tem uma população de cerca de 450.000 habitantes, mas na época alta do turismo este número pode triplicar. Esta instituição desenvolve ainda trabalho na área da formação contínua dos profissionais de saúde, colaborando com universidades e cursos nas áreas médicas, de enfermagem e das ciências da saúde.

O serviço onde o projeto foi implementado é um serviço de internamento vocacionado para o doente do foro oncológico em tratamento ativo ou com necessidade de cuidados paliativos. É o único serviço de internamento inteiramente direcionado para a pessoa com doença oncológica, do polo em questão do referido centro hospitalar.

Para validar a necessidade de mais conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com FM também por parte da equipa do local de estágio 4 foi realizada uma sondagem de opinião (Apêndice I). As repostas à sondagem de opinião vieram confirmar que também a equipa de enfermagem do local de estágio sentia necessidade de aquisição de conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com FM, e inclusive uma percentagem significativa nunca tinha tido formação sobre a temática (Apêndice II).

Depois de alguma pesquisa e reflexão sobre o tema surgiu a questão de pesquisa “Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna?” Foi realizada uma revisão *scoping* (Apêndice III) para encontrar e mapear a evidência científica existente, para suportar o projeto. Armstrong, Hall & Doyle (2011), explicam que a revisão *scoping* é um processo de mapear a literatura ou evidência existente, e as diferenças entre a revisão sistemática e a *scoping* são: a questão inicial é ampla, aberta, os critérios de inclusão/exclusão podem ser definidos à *posteriori*, a escolha da documentação a rever não foca a qualidade da investigação, pode ou não envolver extração de dados, a síntese é maioritariamente qualitativa, e é utilizada para identificar as variáveis e as lacunas existentes na literatura. A revisão *scoping* fornece

uma informação ampla da literatura existente, quer o desenho dos estudos, sejam qualitativos ou quantitativos (Arksey & O'Malley, 2005).

Foi também realizada uma análise “SWOT” referente ao projeto (Apêndice IV), que é um método de autoavaliação, válido para avaliar qualquer aspeto sistematicamente, e que deveria ser introduzido de forma generalizada para a análise da melhoria da qualidade (Gómez-Batiste, 2005b). Esta análise realiza-se em duas dimensões relativas a elementos internos da equipa, que são: os pontos fortes, que constituem os aspetos que consideramos positivos, refletindo experiência e capacitação; e as fraquezas, que englobam os aspetos em que há dificuldades ou temas a melhorar (Gómez-Batiste, 2005b). Existem ainda duas outras dimensões relativas a elementos externos, que são: as ameaças, que são referentes aos aspetos que nos podem afetar negativamente ou são alheios à nossa vontade; e as oportunidades, que abordam os elementos que se podem desenvolver se trabalharmos para tal (Gómez-Batiste, 2005b).

O diagnóstico da situação justifica as atividades realizadas, funcionando como um padrão no momento da avaliação, e como ponto de balanço no sucesso ou avanço alcançados pelas medidas implementadas (Ruivo et al., 2010).

## 2.2. Objetivos Gerais

Este relatório visa a aquisição de competências do enfermeiro especialista, conforme o estipulado pelo regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (regulamento n.º 190/2019), bem como o regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (regulamento n.º 188/2015). A aquisição de competências de acordo com o *Cancer Nursing Curriculum* da EONS (2013), também foi contemplada no contexto do projeto.

Finalmente também se pretendeu a aquisição das competências do 2º ciclo, para atingir o grau de mestre, de acordo com o decreto-lei 74/2006, conforme já descrito na introdução.

Como base na evidência científica, e tendo em conta as necessidades detetadas no local de estágio 4, que solidifica a pertinência da elaboração de um projeto de intervenção que incida sobre a questão levantada, foi elaborado o referido projeto.

Posto isto, os objetivos fundamentais da elaboração do projeto são a aquisição e desenvolvimento de competências nas intervenções de enfermagem à pessoa com FM, bem como a promoção da melhoria dos cuidados prestados à pessoa com FM e consequente o aumento da sua satisfação.

## 2.3. Planeamento

Para Miguel (2006), citado por Ruivo et al. (2010), o planeamento é a terceira fase da metodologia do projeto, e estabelece a elaboração de um plano em detalhe do projeto, incluindo a calendarização das atividades e os recursos disponíveis.

Inicialmente foram escolhidos os locais de estágio de acordo com os objetivos estipulados, para os três primeiros locais de estágio o objetivo geral foi o desenvolver de competências como enfermeira especialista na intervenção de enfermagem à pessoa com FM e à sua família, mudando apenas o contexto dos cuidados. Para o local de estágio 4, o objetivo geral definido foi o promover a melhoria dos cuidados, no âmbito de internamento de oncologia médica e cuidados paliativos, na intervenção de enfermagem à pessoa com FM e à sua família. Pois, o conhecimento surge através do saber experiencial e da transposição desse mesmo saber para o contexto dos cuidados de enfermagem (Benner, 2001).

O primeiro local de estágio foi num hospital dedicado a doentes oncológicos, em Inglaterra, com uma enfermeira especialista em viabilidade tecidular. Este foi o primeiro hospital do mundo dedicado ao diagnóstico, tratamento, investigação e educação do cancro, sendo um centro de referência internacional. Durante a pesquisa prévia para a realização do projeto foi possível constatar que esta instituição tinha um livro editado relacionado com a abordagem à pessoa com FM, logo demonstrava interesse pela problemática em questão, sendo um local indicado para a aquisição de conhecimentos.

O segundo local de estágio foi um serviço de internamento de cuidados paliativos de um hospital também dedicado a doentes oncológicos, na região do Porto. Como já referido a existência de uma FM, significa progressão da doença oncológica e muitas das vezes a abordagem é paliativa, motivo pelo qual este local de estágio foi escolhido. E pelo facto de a equipa deste serviço ser uma referência nacional na sua área, com vários anos de experiência nos cuidados à pessoa com doença oncológica em fim de vida, e consequentemente com FM também.

O terceiro local de estágio foi numa consulta externa de tratamento de feridas de um hospital da região de Lisboa. Esta instituição é também uma referência nacional nos tratamentos e cuidados ao doente oncológico. Esta consulta tem desenvolvido um imenso trabalho no tratamento e estudo de feridas, tendo já recebido prémios internacionais pelo seu trabalho inovador. Este foi um local de eleição para a aquisição das competências propostas.

O quarto, e último, local de estágio foi realizado num serviço de internamento dedicado a doentes oncológicos em tratamento ativo e a doentes oncológicos em cuidados paliativos, num centro hospitalar. Como foi neste local que foi detetada a necessidade de aquisição de conhecimento e competência na intervenção de enfermagem à pessoa com FM, foi aqui que o projeto de intervenção foi implementado.

Após a seleção dos locais de estágio foram delineados objetivos específicos para cada um deles, bem como as atividades a serem desenvolvidas, de acordo com o número de horas a realizar, como pode ser consultado no cronograma que se encontra no Apêndice V.

### 3. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Esta fase da metodologia de projeto tem um significado especial para o executante, pois é aqui que este vai realizar as suas vontades e necessidades através das atividades planeadas (Ruivo et al., 2010), ou seja, é o colocar em prática do planeamento prévio.

São esperados resultados, em termos de aprendizagem, resolução de problemas e aquisição de competências, sendo talvez a fase mais trabalhosa da metodologia de projeto, mas também a mais proveitosa (Ruivo et al., 2010).

Segue-se a descrição das atividades planeadas para se atingir os objetivos gerais e os objetivos específicos, de acordo com os locais de estágio. Foram realizadas algumas alterações ao previamente definido, de forma a otimizar as experiências dos estágios, pois sabemos que um projeto é um processo dinâmico, e como tal mutável. É claro que todas as alterações ao projeto devem ser estudadas de forma a que os objetivos não fiquem comprometidos (Ruivo et al., 2010).

#### 3.1. Local de estágio 1

1º Objetivo - Integrar, de modo progressivo a equipa de enfermagem

O local de estágio 1 faz parte de um hospital de Inglaterra dedicado ao estudo e tratamento do cancro, sendo um hospital de ensino pós-graduado. Para dar resposta ao crescente número de doentes e para treinar mais profissionais foi criado um segundo hospital, noutra zona.

A escolha deste local de estágio surgiu depois de ter descoberto a existência de um livro acerca dos cuidados a feridas em doentes oncológicos. Após ter conversado com outros enfermeiros que trabalhavam na respetiva instituição e de ter recebido boas referências de outras enfermeiras que também trabalham na área da oncologia em Portugal, iniciei os contactos para a realização do estágio.

Inicialmente foi feita a integração à equipa de enfermagem, que foi facilitada por esta ser constituída por apenas um elemento. Foi realizada a apresentação do projeto à enfermeira especialista em VT, ainda que de forma informal.

Quando iniciei o estágio, percebi, ao contrário do que pensava, que não existia uma consulta física de enfermagem com uma enfermeira especialista em Viabilidade Tecidual. Até cerca de um ano antes da realização do estágio as pessoas com ferida

maligna eram acompanhadas pelas enfermeiras especialistas em Plástica. Em 2016, uma enfermeira especialista em VT, desenvolveu e implementou um projeto de ação na sua área de especialidade, na qual se inclui a abordagem à pessoa com ferida maligna. A viabilidade tecidular é uma disciplina relativamente nova, que surgiu na década 80, e tem sido desde então uma especialidade em expansão, que considera todos os aspetos da pele e tecidos moles (incluindo feridas cirúrgicas agudas, úlceras por pressão e úlceras da perna (Pagnamenta, 2014). Verifica-se, no entanto, que as enfermeiras de viabilidade tecidular têm um papel multifacetado que tem sido desenvolvido de forma diferente em diversos locais refletindo as necessidades locais (Pagnamenta, 2014).

Este serviço era constituído unicamente por uma enfermeira, que articulava a sua intervenção com a equipa de cuidados responsável pelo doente, quer em internamento quer no domicílio. A atividade passava muito pela consultadoria acerca da abordagem adequada a cada doente, podendo também passar pela prestação direta de cuidados aos utentes.

Dentro do serviço de VT inclui-se a gestão de úlceras por pressão, gestão de lesões por humidade, gestão avançada de feridas em doentes cirúrgicos, gestão avançada de lesões cutâneas induzidas por radioterapia e gestão avançada de feridas malignas.

A enfermeira especialista em VT encontrava-se diariamente, em horário, fixo, no hospital central, mas deslocava-se semanalmente, ou sempre que necessário ao segundo hospital da instituição, conforme as necessidades identificadas.

Não existia um espaço físico destinado para este serviço, pelo que ainda não é realizada uma consulta de enfermagem formal. A enfermeira especialista em VT desenvolvia a sua ação indo aos serviços de internamento, ou quando os doentes vêm a outras consultas na instituição. Quando não havia atividade com os doentes as enfermeiras especialistas de várias áreas partilhavam um gabinete conjunto, onde tinham o seu material de apoio, documentos, bibliografia, suporte informático, etc...

Existia também uma forte atividade formativa para os outros profissionais da instituição, como formadora ou como coordenadora de formações, realizadas como *walk in sessions*, em que era apresentada uma temática, num curto espaço de tempo, e que era repetida várias vezes, em data e período divulgado, em que os profissionais podiam assistir sem marcação prévia. Na altura do estágio o serviço encontrava-se a fazer a divulgação das *guidelines* de 2014 da *European Pressure Ulcer Advisory Panel*.



Era também da responsabilidade da enfermeira deste serviço a coordenação de testes a material novo ou de substituição do já existente na instituição.

2º Objetivo - Identificar as necessidades sentidas pela pessoa com ferida maligna e pela sua família, e identificar as estratégias utilizadas para dar resposta às mesmas

Apesar de apenas ter tido contacto com uma pessoa com ferida maligna e a sua família, em três interações distintas, foi possível verificar a preocupação pelo bem-estar e qualidade de vida destes doentes.

Ao colaborar com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados permitiu-me compreender ainda mais a necessidade de intervenções específicas para a pessoa com FM e para a sua família. Através de todas as interações foi possível incluir o doente e família nas decisões em relação aos cuidados, bem como englobar a equipa de enfermagem do serviço onde o mesmo estava internado, realizando ensinamentos, tendo ação de consultadoria e discutindo os objetivos das intervenções.

Para colmatar o facto de não ter havido a possibilidade de contactar com mais pessoas com ferida maligna, foram realizados diversos seminários informais entre mim e a enfermeira orientadora, com o apoio do registo fotográfico existente, onde foram discutidas abordagens, comparando as intervenções realizadas com os resultados das mesmas.

Sendo este um serviço recente, ainda não haviam sido criados muitos instrumentos específicos em relação à pessoa com ferida maligna. Existia um fluxograma, para apoio aos profissionais, específico para a gestão da FM, com vista à promoção do conforto e qualidade de vida, dirigido aos sintomas associados, tais como hemorragia, exsudado, odor, prurido e pele circundante.

Tinha sido criado recentemente um formulário do material necessário na instituição para a realização dos cuidados a feridas, no sentido de uniformizar o material existente em todos os serviços, pois até então cada um solicitava a aquisição deste material de forma aleatória e independente. Foi depois disponibilizado para os serviços o material mais usual, existindo ainda material mais específico em farmácia, que requeria a prescrição especializada para a sua dispensa.

A avaliação da pessoa com FM era realizada num formulário da instituição, que não especificava a etiologia da lesão, tendo um carácter generalista.

Foi dada continuidade à pesquisa bibliográfica através de artigos, livros e bases de dados da EBSCO e reiniciado o processo para a execução da revisão *scoping*.

Com base nos conhecimentos adquiridos foi iniciada a realização de um documento de recolha de dados da pessoa com FM, onde se incluiu o registo das suas necessidades, intervenções realizadas e resultados.

### 3º Objetivo - Analisar a articulação de cuidados com outros serviços

A referenciação era feita através de contacto direto, contacto telefónico, email, ou através de plataforma digital da instituição para reportar qualquer alteração cutânea, para posterior avaliação pela especialista de VT, para esclarecimento da etiologia e/ou categoria, ou para acompanhamento do tratamento a realizar.

Todas as lesões reportadas através da plataforma digital, eram fotografadas, por um fotógrafo da instituição especializado, que posteriormente fazia o *upload* das mesmas para o sistema informático, às quais apenas os profissionais especializados tinham acesso.

Tanto a primeira abordagem como as reavaliações à FM eram realizadas pela enfermeira especialista em VT, e se o doente estivesse a ser acompanhado em ambulatório a continuidade era assegurada através de contacto com os serviços comunitários, que muitas das vezes contactam o serviço por telefone para esclarecimento de dúvidas.

Os doentes no domicílio também contactavam a enfermeira especialista em VT por telefone, ou por *email*, para reportar a evolução das lesões. A periodicidade do acompanhamento era definida caso a caso, dependendo das necessidades, da situação clínica e das idas do doente à instituição.

Sempre que necessário era pedida colaboração médica, mas muitas das prescrições relacionadas com as feridas eram realizadas pela enfermeira especialista em VT, uma vez que esta tinha formação e autonomia para o fazer.

Na instituição existia ainda um grupo de gestão de feridas, presidido pela enfermeira orientadora, que reunia mensalmente, com os elos de ligação de vários serviços. Pude assistir a uma destas reuniões, onde foram discutidos diversos assuntos relacionados com prevenção, gestão e tratamento de todo o tipo de feridas, bem como era divulgada a existência de material novo ou material a ser introduzido na instituição. Também pude assistir a uma formação ministrada pela enfermeira orientadora aos farmacêuticos da instituição acerca do material adequado para feridas, com ênfase nas feridas malignas.

#### 4º Objetivo – Analisar a prática de cuidados

A reflexão é para Peres Gómez (1999), citado por Júnior (2010, p.580):

a capacidade de se voltar sobre si mesmo, sobre as construções sociais, sobre as intenções, representações e estratégias de intervenção, supõe a inevitabilidade de utilizar o conhecimento à medida que vai sendo produzido, para enriquecer e modificar a realidade e suas representações, as próprias intenções e o próprio processo de conhecer.

Logo é necessária uma visão crítica e reflexiva acerca das intervenções prestadas aos utentes que cuidamos, pois torna-se essencial para traçarmos objetivos com segurança, efetividade e que conduzam a um crescimento pessoal e profissional. A reflexão assume uma importância ainda maior se esta for feita no contexto dos cuidados em fim de vida.

Foi realizada uma reflexão de forma individual acerca da vivência no local de estágio 1 (Apêndice VI), e também foram realizados diversos momentos reflexivos na e sobre a ação com a enfermeira orientadora.

A reflexão “propicia e valoriza a construção pessoal do conhecimento, possibilitando novas formas de apreender, de compreender, de atuar e de resolver problemas, permitindo que se adquira maior consciência e controle sobre o que se faz” (Júnior, 2010, p.580).

Este primeiro estágio ocorreu de 25 de setembro a 6 de outubro de 2017, num total de 80 horas.

### **3.2. Local de estágio 2**

#### 1º Objetivo - Integrar, de modo progressivo a equipa de enfermagem

O local de estágio 2 foi selecionado por ser uma unidade de cuidados paliativos com elementos com muita experiência, inserida numa instituição dedicada exclusivamente a doentes oncológicos. Este campo de estágio foi considerado pertinente pois, a ferida maligna encontra-se em 14,8% de doentes com cancro avançado (Maida et al., 2008) e está associada a uma esperança média de vida de 6 a 12 meses (Probst et al., 2012). Para além de que a filosofia dos cuidados paliativos se insere nos objetivos da intervenção à FM, no que concerne ao controlo sintomático e promoção da qualidade de vida.

Inicialmente fui recebida pela enfermeira chefe que me apresentou o serviço. Devido às rotinas associadas a um serviço de internamento não foi possível realizar uma apresentação mais formal do projeto, tendo esta sido feita de modo informal à enfermeira orientadora.

Este serviço tinha capacidade para 20 utentes com necessidade de cuidados paliativos do foro oncológico. Todos os quartos eram individuais, com casa de banho comum a dois quartos. Existia ainda uma sala de estar, casa de banho com chuveiro, casa de banho com banheira de hidromassagem e casa de banho para os acompanhantes.

Durante o turno da manhã prestavam cuidados a estes doentes cinco enfermeiros, no turno da tarde quatro e no turno da noite três enfermeiros.

A equipa multidisciplinar era constituída por médicos, enfermeiros, assistente social, psicólogo, nutricionista, capelão e assistentes operacionais. Existiam também voluntários que prestavam apoio aos doentes internados.

O serviço tinha um horário de visitas das 9-21h, com três visitas em simultâneo, mas se a situação clínica o justificasse podiam permanecer familiares durante 24h, estando os quartos preparados com um cadeirão, e podia ser colocado um pequeno sofá cama para o acompanhante. Existia a possibilidade de entrada de animais de estimação se tivessem nas devidas condições de higiene.

Para a ANCP (2006b), uma unidade de cuidados paliativos de internamento tem como critérios de admissão o controlo de sintomas difíceis e claudicação/exaustão familiar ou a ausência de cuidadores.

Este serviço é considerado de nível III, pois desenvolve programas estruturados e regulares de formação especializada em CP, desenvolvendo atividades regulares de investigação em CP e possuindo uma equipa multidisciplinar alargada e com capacidade para responder a situações de elevada exigência e complexidade, assumindo-se como referência.

2º Objetivo - Identificar as necessidades sentidas pela pessoa com ferida maligna e pela sua família, e identificar as estratégias utilizadas para dar resposta às mesmas

Ao longo deste estágio apenas prestei cuidados a três doentes internados com ferida maligna. Os doentes foram identificados e colaborei com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados, dando resposta a todas as necessidades expressas. Para além dos doentes com FM, acompanhei sempre a enfermeira

orientadora na prestação dos cuidados dos doentes a seu cargo e foi notória a inclusão dos doentes e das suas famílias na tomada de decisões ao longo do internamento. A doença não acontece apenas aos doentes, mas também às famílias, que também sentem todo o sofrimento, e constituem a unidade a tratar (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010, citando Gómez Sancho & Ojeda Matin, 1999).

Para esta equipa era imperativo que os doentes estivessem confortáveis e sem sofrimento. Sabendo que muitas vezes o doente em fim de vida tem diversas fontes de sofrimento, a solução passa por uma intervenção técnica rigorosa e ativa, ou seja, cuidados paliativos (Neto, 2016a). Pois o sofrimento é uma experiência humana complexa, e não um sintoma ou mesmo um diagnóstico (Neto, 2016a, citado Barbosa).

Em cuidados paliativos os objetivos terapêuticos são a promoção do conforto do doente e da sua família, constituindo ambos a unidade de cuidados (Neto, 2016a).

Para colmatar o facto de não ter havido a possibilidade de contactar com mais pessoas com FM, foi utilizada a mesma estratégia que no estágio anterior, realizando diversos seminários informais, com o apoio do registo fotográfico existente, onde foram discutidas abordagens, comparando as intervenções realizadas com os resultados das mesmas.

Não existia no serviço nenhum instrumento específico de avaliação da FM, sendo o registo feito como de outras feridas, mas existia no sistema informático da instituição, uma adaptação da escala de Haughton & Young (1995), para a avaliação do odor de feridas.

Esta equipa, apesar de jovem, tinha muito interesse em formação em cuidados paliativos, e verificava-se que um grande número dos seus elementos tinha formação avançada. Pois é importante que para além da motivação pessoal, que os elementos das equipas possuam uma sólida formação em cuidados paliativos (Neto, 2016a).

Particpei na reunião com a equipa multidisciplinar, onde foram discutidos assuntos relacionados com as intervenções e problemática dos doentes seguidos.

Foi continuada a pesquisa bibliográfica através de artigos, livros e bases de dados da EBSCO e foi dada continuidade à execução da revisão *scoping* e foi iniciada a elaboração do Guia de Boas Práticas da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna e à sua família.

Foi aplicado o documento de recolha de dados da pessoa com FM em três interações, contribuindo para a reestruturação do mesmo, que nesta fase ainda se encontrava em pré-teste.

Toda a complexidade inerente à fase final da vida, requer que a abordagem multidisciplinar, que inclui além do doente a sua família, bem como os profissionais de saúde com formação avançada.

### 3º Objetivo - Analisar a articulação de cuidados com outros serviços

O internamento de CP estava incluído numa estrutura maior da qual faziam também parte a consulta externa, a equipa de apoio domiciliário, a equipa intra-hospitalar de suporte e a consulta de telefónica, fazendo parte de um todo. Existindo ainda um outro serviço de internamento de cuidados paliativos também com 20 camas, que se encontrava em fase de reestruturação.

Todos estes serviços estavam em articulação constante, com comunicação direta e informal propiciada pela proximidade física, de acordo com as necessidades detetadas.

A equipa intra-hospitalar era constituída por um médico e uma enfermeira, estando o gabinete sediado dentro do local de estágio 2. Todos os dias a enfermeira desta equipa recolhia informação acerca dos doentes internados em ambos os serviços de internamento de CP, bem como prestava o apoio dentro do seu campo de intervenção aos doentes acompanhados pela equipa internados noutros serviços da instituição. Como base em toda a informação era feita a articulação dos cuidados dentro das equipas e entre as equipas. As equipas-intra-hospitalares não têm camas próprias e articulam-se com outros serviços e com a comunidade (ANCP, 2006b).

O apoio domiciliário era realizado em dias úteis, por uma médica em tempo parcial, uma enfermeira e uma voluntária. Os profissionais têm de estar preparados para o apoio domiciliário de modo a integrar o trabalho para responder às necessidades dos doentes e famílias (ANCP, 2006b). Sempre que a enfermeira desta equipa não se encontrava era substituída por elementos do local de estágio 2.

A consulta externa realizava-se três dias na semana, assegurada por uma enfermeira, que nos restantes dias exerce funções no internamento, e por um médico.

Existia ainda uma linha de atendimento telefónico para os doentes seguidos na instituição em CP, que funcionava 24h por dia, fornecendo aconselhamento ou reencaminhando para o médico assistente ou para o médico de permanência. O atendimento telefónico deve ter recursos a médico e a enfermeiro, se possível 24h por dia (ANCP, 2006b).

Considero que o local de estágio 2 tinha todas as bases de intervenção em CP, que são: a oferta de cuidados globais, unidade de cuidados englobando o doente e a sua família, promoção da dignidade e autonomia, conceção de terapêutica ativa e importância do tipo de ambiente (Neto, 2016b).

#### 4º Objetivo – Analisar a prática de cuidados

Para Dewey (1979), a reflexão consiste na capacidade de distinguir o que tentamos fazer e o que sucede como consequência. Ou seja, pensar é o esforço intencional para descobrir as relações específicas entre o fazemos e a consequência que daí resulta, de modo a haver continuidade entre ambas (Dewey, 1979, p. 158).

Todas as reflexões presentes neste projeto foram elaboradas de acordo com o Modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs, que é uma ferramenta que permite estruturar o pensamento sobre a prática em seis fases distintas. Foi realizada uma reflexão de forma individual acerca da vivência no local de estágio 2 (Apêndice VII), tal como foram realizados diversos momentos reflexivos na e sobre a ação com a enfermeira orientadora. Este segundo estágio ocorreu de 9 de outubro a 3 de novembro de 2017, num total de 112 horas.

### **3.3. Local de estágio 3**

#### 1º Objetivo - Integrar, de modo progressivo a equipa de enfermagem

O local de estágio 3 integrava-se na consulta externa de um hospital dedicado somente ao estudo e tratamento do cancro, sendo também um hospital de ensino pós-graduado. A instituição a que pertence é uma referência nacional na sua área. A escolha deste local de estágio surgiu de forma muito natural, uma vez que área de intervenção nesta consulta consistia no tratamento e estudo de feridas, no contexto do doente oncológico.

Esta consulta nasceu inicialmente de um trabalho liderado pela enfermagem, tendo posteriormente englobado outras disciplinas. No momento do estágio a equipa multidisciplinar era constituída por duas enfermeiras, uma cirurgiã otorrino, uma dermatologista, uma farmacêutica e uma nutricionista.

Os objetivos desta consulta eram: prestar cuidados diferenciados e de qualidade no tratamento de feridas em doente oncológicos; articular os cuidados

prestados aos doente em outros serviços e recursos na comunidade; disponibilizar consultadoria e/ou orientação do plano de cuidados; aumentar a eficiência dos recursos humanos e materiais; assegurar o desenvolvimento de competências de intervenção dos profissionais de saúde: promover e participar em estudos de investigação e participar em projetos da instituição dentro da sua área de intervenção. Sendo, no entanto, assegurada maioritariamente por enfermeiros.

A consulta dispunha de um gabinete para o atendimento assistencial dos doentes e consultadoria aos profissionais, e funcionava com agenda própria em todos os dias úteis.

A intervenção dos elementos do local de estágio 3 consistia em consultadoria e/ou cuidados partilhados. A prestação de cuidados podia ser realizada de forma isolada ou em conjunto com os elementos da equipa, sendo o objetivo a capacitação da equipa que referencia para promover a continuidade dos cuidados. Os utentes eram acompanhados quer na consulta, em regime de ambulatório ou nos serviços referenciadores. O local de estágio 3 tinha ainda uma grande ação formativa, quer a ministrar cursos e *workshops*, como na realização de estágio de licenciatura, pós-graduação e mestrado, e cursos de especialização.

Foi apresentado o projeto à enfermeira orientadora, ainda que tenha sido de forma informal.

2º Objetivo - Identificar as necessidades sentidas pela pessoa com ferida maligna e a pela sua família, e identificar as estratégias utilizadas para dar resposta às mesmas

Durante este estágio foi possível conhecer e prestar cuidados a diversas pessoas com ferida maligna. Foi de facto uma grande aprendizagem através da observação da prática com a enfermeira orientadora, bem como através da colaboração direta na prestação de cuidados, juntamente com a enfermeira orientadora.

Foi realizada consulta à documentação existente no serviço utilizada como orientadores das boas práticas.

Os destinatários deste serviço eram todos os doentes inscritos na instituição, em internamento ou em ambulatório com necessidades de intervenção especializada devido a: feridas complexas (com sintomas associados não controlados ou evolução cicatricial negativa); necessidade de recurso a técnicas, e materiais específicos ou de elevado custo financeiro; e que estivessem incluídos em estudos de investigação ou



de apreciação de outras técnicas ou materiais. Também incluía os profissionais de saúde como destinatários, que tivessem necessidade de suporte na intervenção, esclarecimento de dúvidas e formação na área de intervenção da consulta.

Não existia instrumento específico de avaliação da FM, mas era utilizado o existente no SClinico Hospitalar, que é o sistema de informação evolutivo utilizado na instituição, que não sendo específico da ferida maligna, permite a sua identificação e contempla diversos pontos necessários para a sua caracterização. Para Dowsett (2007), a avaliação do doente tem de ser tida em consideração, incluindo os efeitos na qualidade de vida do doente e família. A avaliação deve ter uma abordagem holística, que vai para além da ferida, incluindo informação sobre as respostas psicológicas do doente e família, os seus efeitos na qualidade de vida, bem como a avaliação detalhada sobre a ferida (Naylor, 2003).

Uma lição muito importante retirada deste estágio foi a importância de uma comunicação clara e aberta. Para Querido, Salazar & Neto (2010), “a comunicação sobre a situação clínica é, para além de uma expectativa da maioria dos doentes, uma obrigação ética e moral (...) é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal” (p.358).

Para Naylor (2002), a comunicação com a pessoa com ferida maligna deve ser aberta e honesta no que concerne aos objetivos e decisões, e ao abordar-se aspetos que outros profissionais não mencionaram facilita a confiança entre doente e cuidador (Seaman, 2006). “o valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente” (Querido, Salazar & Neto, 2010, p.359). As reavaliações são agendadas de acordo com as necessidades de cada utente, independentemente do contexto em que foi realizada a consulta.

Foram realizados ajustes ao documento de recolha de dados da pessoa com ferida maligna, após a sua aplicação em três interações, de forma a permitir uma avaliação o mais completa possível.

Participei em reuniões com outras equipas, de modo a consolidar conhecimentos acerca da intervenção à pessoa com FM, através da discussão de estratégias e adaptação ao doente e família.

Foram também realizados momentos de partilha e reflexão com a enfermeira orientadora, acerca das intervenções realizadas aos doentes e família.

Também não existia um fluxograma para apoio aos profissionais para a gestão da FM, sendo esta feita com base na experiência e na evidência científica, sendo

usado como referência as recomendações para os cuidados a doentes com ferida maligna emanadas pela EONS em 2015.

A conselho da enfermeira orientadora, assisti a congressos na área dos cuidados a feridas, onde a mesma participou abordando a temática da FM, que se mostraram de uma mais valia extrema. Foram fonte de conhecimento não só para a intervenção de enfermagem à pessoa com FM e à sua família, bem como para a intervenção à pessoa com ferida independentemente da sua etiologia. Os certificados destas formações podem ser consultados no Apêndice VIII.

Foi continuada a pesquisa bibliográfica através de artigos, livros e bases de dados da EBSCO, bem como a execução da revisão *scoping* e a elaboração de Guia Orientador de Boas Práticas da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna.

### 3º Objetivo - Analisar a articulação de cuidados com outros serviços

Os utentes chegavam à consulta referenciados por médicos ou enfermeiros, através de modelo próprio da instituição, por contacto direto ou via telefone. A solicitação da consulta podia ainda ser feita pelo o doente ou por familiares. A priorização do agendamento era feita pelos elementos da equipa de acordo com as necessidades.

Dentro da instituição a articulação de cuidados era feita de modo informal, através de contacto direto ou por telefone. O plano de tratamento era registado no SClinico, pelo que ficava acessível para as outras equipas da instituição.

Se o doente estivesse a ser acompanhado em ambulatório era redigida uma carta detalhada com toda a informação, e atualizada sempre que houvessem alterações, para que a equipa de enfermagem dos cuidados de saúde primários, que acompanhava o doente, continuasse com as medidas instituídas. Se necessário era também estabelecido contacto telefónico para esclarecimento de qualquer dúvida.

Era sempre feita uma tentativa de otimizar as idas dos utentes em ambulatório à instituição, tentando minimizar o desconforto consequente de várias horas num hospital, em que a enfermeira orientadora tentava conjugar consultas e exames de forma a ser mais cómodo e que implicasse menos idas à instituição.

Quando a pessoa com FM podia prestar os cuidados à sua lesão era promovido o autocuidado através de ensinamentos e da garantia de apoio e suporte conforme as necessidades. A promoção do autocuidado através da educação é deveras importante

pois, só assim os doentes vão adquirir os conhecimentos e habilidades necessárias para a tomada de decisão e desempenho do autocuidado (Orem, 2001). Para Tomey & Alligood (2002), o autocuidado é uma forma de atuação consciente, controlada, intencional e efetiva, atingindo a real autonomização. Sem esquecer que o autocuidado é um dos seis enunciados descritivos da qualidade do exercício profissional pela OE (2002).

#### 4º Objetivo – Analisar a prática de cuidados

Para Benner (2001, p.14) “a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico”.

Também no local de estágio 3 foi realizada uma reflexão de forma individual acerca da vivência no mesmo, desta vez sob a forma de um estudo de caso (Apêndice IX). O estudo de caso foi guiado por diversas etapas de recolha, análise e interpretação da informação, com o objetivo de estudar mais pormenorizadamente a situação em questão, que se considerou como um momento de aprendizagem.

Uma vez mais foram realizados diversos momentos reflexivos na e sobre a ação com a enfermeira orientadora. Este terceiro estágio ocorreu de 6 de novembro a 11 de dezembro de 2017, num total de 128 horas.

### **3.4. Local de estágio 4**

1º Objetivo - Envolver a direção de enfermagem na implementação do projeto de intervenção.

Sendo um serviço dedicado à prestação de cuidados a doentes oncológicos, quer em tratamento curativo quer em tratamento paliativo, é necessário que os membros da equipa de enfermagem estejam capacitados para dar resposta à pessoa com FM e à sua família. Verificou-se a necessidade de sensibilizar a equipa de enfermagem para a pertinência do projeto, de forma a que os seus elementos ficassem motivados e envolvidos, pois são parte integrante do mesmo.

Previamente à realização do estágio 4, já havia sido realizada uma sondagem de opinião (Apêndice I), cujos resultados (Apêndice II), demonstraram que a necessidade de aquisição de conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem à pessoa com FM era transversal a toda a equipa de enfermagem.

A sondagem foi realizada a 12 dos 17 elementos que compunham a equipa de enfermagem à data, onde se incluíam enfermeiros que para além de pertencerem à equipa de enfermagem do hospital de dia de oncologia, também realizavam esporadicamente turnos no internamento. Com a primeira questão da sondagem pretendeu-se caracterizar a equipa em termos da experiência profissional, cuja variação se encontrava entre menos de 1 ano a mais de 11 anos. Metade dos inquiridos possuíam menos de 3 a 4 anos de experiência num serviço de oncologia e os restantes com mais de 5 a 6 anos de experiência em oncologia.

Dos inquiridos, 67% revelou nunca ter feito qualquer tipo de formação acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com FM, apresentando dificuldades em abordar questões de autoimagem (34%), em explicar que a ferida não vai cicatrizar (33%), em seleccionar o material adequado (17%), em abordar o impacto da ferida maligna (8%) e na abordagem do objetivo curativo ou paliativo (8%). Relativamente às dificuldades sentidas na prestação de cuidados, estas são relacionadas com a escolha do material de penso (47%), com o controlo sintomático (35%), com a técnica de limpeza da ferida (12%) e com a falta de material adequado (6%). Como temas de interesse para a formação na gestão da ferida maligna destacaram-se o exsudado, odor, dor e infeção.

Tendo em conta o aumento da doença crónica e os problemas económicos e logísticos consequentes à mesma, a evidência científica produzida tem demonstrado uma crescente preocupação no sentido de capacitar os profissionais para um cuidado mais sustentado e individualizado (McCance, Slater & McCormack, 2009). Para Rego (2010), o exercício clínico, com tudo o que o compõe e lhe dá forma, é um processo privilegiado de desenvolvimento profissional e interprofissional pela aquisição de saberes e saber transformar-se, conduzindo a uma maior competência, realização pessoal e profissional.

Foi revelador que 100% dos inquiridos tenham referido sentir a necessidade em obter formação acerca da intervenção de enfermagem à pessoa com FM.

O projeto foi apresentado pelo método expositivo, com recurso a apresentação de *powerpoint*. Inicialmente estava prevista uma reunião apenas com enfermeira supervisora, e posterior apresentação à equipa de enfermagem do local de estágio 4,

mas por uma questão de logística do serviço foi realizada uma sessão conjunta. Foi unânime a pertinência do projeto tendo em conta a tipologia do serviço, pelo que o mesmo foi bem recebido, contando com o apoio de todos os seus elementos.

Para todas as sessões formativas decorrentes deste projeto, foi realizado convite para assistir às mesmas a equipa de enfermagem da equipa intra-hospitalar de suporte em CP e consulta externa, bem como do hospital de dia de oncologia.

2º Objetivo - Capacitar a equipa de enfermagem nos cuidados à pessoa com ferida maligna e à sua família.

Como já foi referido, foi realizada a apresentação do projeto à equipa de enfermagem do local de estágio 4, a 80% dos seus elementos. Posteriormente, foram realizadas três sessões formativas, com conteúdos diferentes, de forma a permitir a discussão e reflexão acerca dos conteúdos. Todas as sessões foram assistidas por pelo menos 70% da equipa de enfermagem. O cartaz de divulgação e os respetivos planos de sessão podem ser consultados no Apêndice X, e a sessão de formação 1 no Apêndice XI, a sessão de formação 2 no Apêndice XII e a sessão de formação 3 no Apêndice XIII. Após a realização de cada sessão de formação, foi aplicado um questionário de avaliação da ação de formação aos formandos conforme no Apêndice XIV, onde também se pode encontrar os resultados das 3 sessões de formação.

Em todas as sessões de formação houve uma partilha de interesse e experiências, bem como reflexão sobre as intervenções de enfermagem à pessoa com FM. Analisando os resultados dos questionários de avaliação da ação de formação, os conteúdos foram considerados pertinentes e úteis para a prática profissional. Para Benner (2001, p.14), “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”.

As competências dos profissionais desenvolvem-se de forma progressiva (Benner, 2001), e requerem reflexão e tempo para acontecer. A formação “deve ter um cariz essencialmente estratégico, preocupando-se em desenvolver nos formandos as competências necessárias para mobilizarem em situações concretas os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante a formação” (Nóvoa & Finger, 1988, p.129). É essencial a integração do *saber*, no qual se inclui o conhecimento; do *saber fazer*, que diz respeito às competências; e do *saber ser*, que integra as atitudes (Nóvoa & Finger, 1988).

Foi realizada uma avaliação dos conhecimentos da equipa de enfermagem a cerca de 80% dos seus elementos antes da implementação do projeto. A mesma avaliação foi realizada após a implementação do projeto, mas apenas 3 elementos entregaram a segunda avaliação.

Foi elaborado um documento normativo da prática no âmbito da intervenção de enfermagem à pessoa com FM, não só por estar previamente inserido como uma atividade a realizar, como foi solicitado pela chefia do serviço após as sessões de formação (Apêndice XV). Para Benner (2001, p.179), “os protocolos, diretivas visando obter cuidados da qualidade podem ao mesmo tempo ir ao encontro da noção de individualização dos cuidados”.

O Guia Orientador de Boas Práticas da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna foi elaborado, mas a sua apresentação à equipa só pôde ser realizada após o término do estágio 4 (Apêndice XVI).

Foi ainda construído um dossier com todos os documentos elaborados no decurso deste projeto, e com bibliografia pertinente com base na evidência científica, para que sirva de suporte à prática profissional, sempre que surjam dúvidas ou receios acerca da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida FM. Este dossier ficou disponível no local de estágio 4, para que seja consultado em qualquer altura.

3º Objetivo - Prestar cuidados à pessoa com ferida maligna, utilizando as competências adquiridas, de modo a dar resposta às necessidades apresentadas.

Conforme a bibliografia consultada, suportada pelos achados da revisão *scoping* (Apêndice III), é perceptível a necessidade de se avaliar de forma global a pessoa com ferida maligna, e não apenas a ferida. Conforme foi descrito aquando a abordagem aos locais de estágio anteriores, foi criado um documento para a recolha de dados da pessoa com FM que abrange a avaliação global da pessoa, incluindo o impacto da FM e as necessidades da pessoa e família; a avaliação da FM; o plano de tratamento; e os ensinamentos realizados.

Considerou-se pertinente proceder a uma validação deste documento, de forma a que ficasse mais completo, por peritos na área em estudo. Foi escolhida a metodologia de *Delphi* para esse efeito, cuja origem data de 1948 (Fink et al., 1984), que retira o seu nome do Oráculo de *Delphi* e é uma forma de obter opinião de especialistas de forma sistemática (Jones & Hunter, 1995). Os métodos de consenso formal têm-se tornado cada vez mais em ferramentas para resolver problemas em

saúde e em medicina. O seu objetivo principal é definir níveis de concordância sobre assuntos controversos, e são usados numa ampla variedade de contextos (Jones & Hunter, 1995). O principal objetivo do uso deste método é atingir de um consenso de opinião profissional, em relação ao tópico escolhido, recorrendo à correspondência individual com especialistas reconhecidos na temática em questão, evitando deste modo influências que possam advir da interação de grupos (Jones & Hunter, 1995).

Em primeiro lugar, foram identificados os especialistas na área em estudo, a quem foi enviado o documento de recolha de dados, de forma a apurar o seu ponto de vista sobre o mesmo. Foram selecionados inicialmente 5 especialistas, a quem foi endereçado um email, onde foi dada uma perspetiva geral do problema, e foram convidados a avaliar os tópicos constantes no documento. Um dos especialistas, apesar de inicialmente ter aceite colaborar, não enviou nenhum *feedback* pelo que foi excluída a sua participação. Os especialistas foram contactados de forma individual e confidencial (Jones & Hunter, 1995).

Com a primeira ronda desta metodologia, os participantes classificaram a sua concordância em relação a cada tópico no documento. Os resultados foram analisados e foi elaborada uma nova versão do documento. Para a segunda ronda, foi enviada a nova versão do documento, com as alterações sugeridas pelos especialistas, onde também se incluíram novos itens, porque na aplicação do documento na prática se detetou a necessidades dos mesmos. Foi pedida a avaliação destes itens novos bem como a reavaliação dos itens que não atingiram uma taxa de concordância superior a 85%.

Os resultados da segunda ronda foram analisados e foram retirados todos os itens que não atingiram a taxa de concordância definida de 85%, chegando assim à versão final do documento, que se encontra no Apêndice XVII. O referido documento foi aplicado a dois utentes, em três ocasiões distintas, tendo permitido uma avaliação sistematizada e completa da pessoa com FM, contemplando as necessidades sentidas pelo utente e pela sua família. Facilitou ainda a identificação das intervenções realizadas para cada sintoma, bem como a avaliação da sua eficácia, revelando-se uma mais valia para a organização dos cuidados na prática. Para a recolha de dados foi solicitada e deferida a devida autorização à Comissão de Ética da instituição e foram assinados consentimentos informados por parte dos doentes/família a quem foram recolhidos os dados.

Foram realizadas as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades detetadas, com a sustentação da evidência científica obtida pela

revisão *scoping*, e restante consulta da evidência científica obtida através da consulta das bases dados.

Existiram, sempre que necessário, diversos momentos informais de reunião e partilha com os colegas de reunião e partilha para esclarecer dúvidas. Em particular com a enfermeira orientadora, foram realizadas reflexões sobre a prática diária e na sua importância para atingir os objetivos. Também de surgiram outros serviços solicitações de consultadoria para as intervenções de enfermagem a pessoas com FM.

Foi realizado o levantamento do material para realização do tratamento a feridas, existente na instituição, para facilitar quer o planeamento das intervenções relacionadas com o tratamento local da FM, quer a solicitação do mesmo à farmácia. Com a colaboração da farmacêutica responsável pelo material relacionado com feridas da instituição, foi elaborado um formulário de material de penso, onde se incluí a descrição do material de acordo com a sua tipologia, indicações, contraindicações, algumas indicações para a prática e os respetivos códigos (Apêndice XVIII).

Uma vez mais foi realizada uma reflexão, de acordo com o Ciclo de Gibbs, acerca da análise da prática de cuidados à pessoa com FM e à sua família, no contexto do local de estágio 4 (Apêndice XIX). O exercício reflexivo implica apenas o relembrar, como tal, há que encontrar os significados e conclusões das situações vivenciadas, ou seja, o processo reflexivo é uma análise consciente (Santos & Fernandes, 2004).

Foi também realizada sensibilização junto à equipa médica, psicólogo e nutricionista, acerca da intervenção à pessoa com FM, de forma a que estes também reconheçam a complexidade que esta traz, e para que possamos articular os cuidados tendo em conta a multidisciplinaridade e interdependência que lhes assiste. Todos os profissionais abordados compreenderam a pertinência do projeto, e mostraram interesse na sua continuidade, tendo inclusive sinalizado doentes a necessitarem de otimização dos cuidados relativos à FM. Toda a articulação foi realizada de forma informal dentro da equipa multidisciplinar, através de contacto direto e/ou telefónico.

Este quarto estágio ocorreu de 2 de janeiro a 9 de fevereiro de 2018, num total de 112 horas.



## 4. AVALIAÇÃO

Avaliar um projeto implica a verificação da consecução dos objetivos definidos inicialmente, sendo um processo complexo que pode incluir várias vertentes (Ruivo et al., 2010).

É necessário refletir acerca de todo o processo de aprendizagem realizado ao longo dos estágios. Considero que toda a experiência conduziu a um crescimento pessoal e profissional, bem como à aquisição de conhecimentos competências referentes à intervenção de enfermagem à pessoa com FM, sempre com base na evidência científica.

Todos os passos do projeto foram supervisionados pela Professora Orientadora e pela Professora Co-Orientadora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Não esquecendo os enfermeiros orientadores dos locais de estágio que tanto contribuíram com apoio, ensinamentos e motivação. Após a realização de cada estágio foi realizada a respetiva avaliação, e registada em documento oficial da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (Anexo I).

### 4.1. Reflexão sobre as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica

Benner (2001), refere que os enfermeiros devem possuir um elevado grau de saber e de agir como peritos, porque essa competência é importante para o bem-estar dos doentes. O modelo de Benner é baseado no Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem, de forma a atingir o quinto e último nível de desenvolvimento profissional, que é o de perito (Benner, 2001).

Segundo o novo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado no Diário da República n.º 26 de 2019, o enfermeiro especialista “é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade” (p.4744), e “demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (...) a competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente” (OE, 2019, p. 4746).

O processo reflexivo foi também importante para o desenvolvimento das competências, pois a ação é “aquela que envolve consideração de qualquer crença ou prática de modo ativo, persistente e cuidadoso, à luz das razões que a apoiam e as consequências a que a mesma conduz” (Zeichner & Liston, 1996, p.9, citando Dewey, 1989).

Considero que com este projeto e relatório adquiri e desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem na pessoa em situação crónica e paliativa e de acordo com as competências estipuladas pelo *Cancer Nursing Curriculum* da *European Oncology Nursing Society*.

#### **4.1.1. Competências comuns do enfermeiro especialista**

Todos os enfermeiros especialistas partilham “um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde”, que são designadas como Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Estas “envolvem as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (RCCEE, 2019, p. 4744).

O referido documento divide-se em quatro domínios, sendo estes o domínio: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria da qualidade; da gestão de cuidados e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foi sempre respeitada a privacidade e a confidencialidade da pessoa com FM. Todas as intervenções realizadas tiveram em conta o respeito e a autonomia dos doentes, incluindo os seus valores e crenças.

Perante as necessidades detetadas foram realizadas intervenções de enfermagem com base na evidência científica disponível, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Todo este processo implicou o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa com FM e a sua família, sendo esta uma relação de parceria contínua.

No domínio da melhoria da qualidade, inclui-se a conceção e implementação deste projeto, inserindo-se o mesmo no desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (RCCEE, 2019). Todos os documentos criados neste contexto, como a revisão *scoping* (Apêndice III), o

documento de recolha de dados da pessoa com FM (Apêndice XVII), o guia de boas práticas da intervenção de enfermagem à pessoa com FM, baseado nas recomendações da OE (Apêndice XVI), e a norma de atuação sobre o mesmo tema (Apêndice XV), bem com as sessões de formação realizadas, constituíram contributos para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Com a metodologia de projeto foi detetada uma necessidade, e foram delineadas e postas em prática estratégias para a colmatar com base na evidência disponível atual, de forma a garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Em relação ao domínio da gestão dos cuidados, foi primeiramente sensibilizada a equipa para a temática do projeto, para que se encontrassem motivados quer para participar no processo formativo quer para dar continuidade ao projeto e consequente melhoria dos cuidados. As formações realizadas produziram uma base de conhecimentos para toda a equipa, dando mais confiança para a prestação de cuidados, e contribuindo para uma visão partilhada em equipa da abordagem à pessoa com FM.

A articulação com outros profissionais de saúde foi extremamente necessária, uma vez que muitas das intervenções de enfermagem à pessoa com FM pressupõem uma interdisciplinaridade, como por exemplo com a equipa médica, psicólogo e nutricionista. Desta forma foram geridos os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde.

Houve ainda a necessidade de adaptar as intervenções realizadas aos recursos existentes, tanto humanos como materiais, tendo em conta a atual realidade dos serviços de saúde no nosso país.

O último domínio reporta-se ao desenvolvimento de aprendizagens profissionais, em que se desenvolve o autoconhecimento e a assertividade e baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica (RCCEE, 2019). A realização da revisão *scoping*, foi muito importante porque forneceu um referencial teórico que serviu de base de sustentação a todo o projeto e a todos os contributos que surgiram do mesmo. Permitiu ainda a tomada de decisão de forma segura para os intervenientes.

Como já foi referido foram realizadas diversas ações de formação, quer para sensibilizar para o tema, quer para a aquisição de conhecimentos por parte da equipa de enfermagem, de forma a atualizar os conhecimentos e promovendo a melhoria dos cuidados.

Todo o processo reflexivo inerente à construção e implementação do projeto também contribuiu para o autoconhecimento e desenvolvimento profissionais. Os momentos de reflexão foram realizados de forma individual, e em conjunto com a Professora Orientadora, Professora Co-Orientadora, enfermeiros peritos nos locais de estágio e com a equipa de enfermagem aquando a implementação do projeto. Todos estes momentos contribuíram para o desenvolvimento de competências e aquisição de conhecimentos.

#### **4.1.2. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em situação crónica e paliativa**

As competências específicas do enfermeiro especialista são as:

competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (RCCEE, 2019, p.4745).

Como o projeto foi criado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de Oncologia, é, pois, imperativo abordar as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em situação crónica e paliativa. O respetivo regulamento (OE, 2011, p.4), preconiza como competências específicas o:

cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todo os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Em todos os locais de estágios foram, nos contextos supracitados, quer em internamento quer em ambulatório, prestados cuidados de enfermagem à pessoa com FM e à sua família. Sabemos que doentes com cancro avançado podem ter associados vários problemas e sintomas (Naylor, 2003). No que concerne à FM, são lesões que apresentam diversos sintomas, e todos desafiantes, como o odor, exsudado, hemorragia e dor, que levam a dificuldades significativas a nível psicológico e social (Naylor, 2003).

Mas para que possamos identificar as necessidades e posteriormente prestar os cuidados necessários é imprescindível que toda a equipa prestadora dos mesmos esteja capacitada.

A inclusão da família é também de extrema importância, uma vez que são os familiares e pessoas significativas que suportam e apoiam o doente oncológico, sendo mesmo muitas das vezes os responsáveis pelos cuidados, e também eles passam por uma experiência difícil, física e psicologicamente (EONS, 2015). Logo têm também necessidades específicas que precisam ser adereçadas com base em informação estruturada e fundamentada na evidência científica.

#### **4.1.3. Competências *European Oncology Nursing Society***

Os enfermeiros têm um papel importante no suporte à terapia relacionada com o cancro, e têm impacto nos resultados de qualidade acerca dos cuidados (EONS, 2013). Ao prestar cuidados ao doente oncológico com FM foi realizada uma avaliação de enfermagem tendo em conta fatores relevantes a nível físico, social, cultural, psicológico e espiritual.

Todas as intervenções foram realizadas através de parceria com o doente na gestão de sintomas relacionados com o cancro e consequências do seu tratamento, neste caso mais especificamente em relação à ferida maligna.

Foi providenciando aconselhamento e suporte de modo a permitir que a pessoa faça a gestão do impacto da FM na sua qualidade de vida, e usadas estratégias baseadas na evidência para lidar com assuntos relacionados com aspetos da comunicação.

As necessidades de suporte de cuidados do doente e família foram avaliadas de forma a referenciar o doente para os serviços de suporte adequados. Demonstrando sempre tato, reflexão e sensibilidade em relação às necessidades de doente em fase terminal. As reflexões sobre a prática realizadas ao longo dos estágios permitiram abordar temas em que senti maior dificuldade na prestação dos cuidados, permitindo também definir estratégias adaptativas para as ultrapassar.

#### **4.1.4. Competências do 2º ciclo previstas para a obtenção do grau de mestre**

Em relação às competências para atribuição do grau de mestre, conforme o estipulado do pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, foram adquiridos, desenvolvidos e aprofundados conhecimentos acerca da intervenção de enfermagem à pessoa com FM.

Através das reflexões realizadas foi possível não só desenvolver e aprofundar conhecimentos, como cresceu a minha capacidade de compreensão que sustenta os conhecimentos previamente obtidos. E também o saber aplicar os conhecimentos e a

capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares. Na primeira reflexão foi abordada a problemática da inclusão da família na tomada de decisão, mesmo quando esta não vai de encontro à avaliação realizada pelos enfermeiros; na segunda reflexão foi abordada a dificuldade da avaliação de sintomas, nomeadamente o odor, com a sua componente subjetiva; na terceira reflexão foi abordada o respeito pelas crenças, valores e autonomia do doente em relação às intervenções de enfermagem às pessoas com FM. Foi ainda realizado um estudo de caso de forma a refletir de forma mais detalhada acerca vivência com uma FM e o seu impacto na vida da pessoa.

Todo o trabalho desenvolvido, em conjunto com a realização da revisão *scoping* permitiu integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções e estratégias de adaptação, ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações que resultem dessas soluções e juízos, ou os condicionem.

Foi ainda construído o documento de recolha de dados da pessoa com FM, que foi validado através da metodologia de *Delphi*, de modo a conferir ao mesmo rigor, reflexão e adequação à realidade dos cuidados.

O crescimento pessoal e profissional tornou-me capaz de comunicar conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara. De facto, todo este percurso contribuiu para a melhoria da prática de enfermagem, na intervenção de enfermagem à pessoa com FM.

Benner (2001), refere que os enfermeiros devem possuir um elevado grau de saber e de agir como peritos, porque essa competência é importante para o bem-estar dos doentes.

## **4.2. Pontos fortes e pontos fracos do projeto**

Todo este percurso foi pautado por elementos que quer pela positiva, quer pela negativa produziram contributos para o desenrolar deste projeto de intervenção.

Começando pelos pontos fortes, saliento os locais de estágio escolhidos. Considero que o facto de ter tido a oportunidade de prestar cuidados com peritos na intervenção de enfermagem à pessoa com FM, facilitou todo o processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências.

Ter realizado os estágios em diferentes contextos e realidades, permitiu-me o contacto com diferentes estratégias de adaptação, bem como diferentes recursos materiais.

Todos os enfermeiros orientadores nos locais de estágio tiveram uma postura aberta e de partilha, facilitando o crescimento pessoal e profissional. Bem como os enfermeiros orientadores se mostraram interessados e disponíveis a contribuir com o projeto mesmo após o fim dos estágios, sempre que fosse necessário.

O interesse de toda a equipa do local de estágio 4 em relação ao projeto e seus contributos foram uma motivação acrescida ao ver que todos partilhávamos a mesma visão acerca da necessidade de mais conhecimentos sobre o tema. Tudo isto facilitou a implementação do projeto em campo, bem como a continuidade do mesmo.

Ainda como ponto forte, tenho de referir o apoio demonstrado pela Professora Orientadora e pela Professora Co-Orientadora, por terem acreditado em mim e neste projeto, mesmo numa altura em que eu própria vacilei. O que me leva ao último ponto forte que foi a minha capacidade de ultrapassar todas as vicissitudes ocorridas durante todo este caminho, de forma a não desistir e a produzir um trabalho do qual me orgulho.

Como ponto fraco começo por uma dificuldade, que sendo expectável, foi assumida desde o início da elaboração do projeto, uma vez que não anulava a pertinência do mesmo. Refiro-me ao facto de que na maioria dos locais de estágio ter tido poucas oportunidades em prestar cuidados a pessoas com ferida maligna. Sabendo desde o princípio que a ferida maligna ocorre em cerca de 5 a 10% dos doentes com neoplasia metastática (Naylor, 2003), era previsível que não encontrasse muitas pessoas com feridas malignas durante os estágios, exceto no local de estágio 3, que é mesmo dirigido aos cuidados a pessoas com feridas.

O facto de não existir muita evidência científica produzida recentemente, levou a que os limites temporais de pesquisa da mesma tenham sido maiores do que o adequado, recuando até 15 anos atrás (de 2002 a 2017).

A demora nas respostas dos peritos durante a validação do documento de recolha de dados da pessoa com FM, foi um ponto fraco neste projeto, sendo fonte de *stress*, pelo risco da invalidação do trabalho efetuado, que felizmente não se verificou.

Apesar de considerar que os locais de estágio foram sendo escolhidos na perfeição, o facto destes se encontrarem a uma distância geográfica considerável do meu local de residência, requereu uma logística que implicou muito tempo em

deslocações que limitou a execução do projeto pelo cansaço físico que representou, e pela parte emocional afetada por se ter tornado num processo muito solitário.

O tempo de implementação do projeto no local de estágio 4, também considero como dificultador, não tendo sido possível durante esse período a implementação de todos os contributos construídos, que tiveram de ser apresentados posteriormente.

Em jeito de balanço final, penso que os pontos fortes superaram os pontos fracos, e todos os obstáculos foram ultrapassados de uma forma ou de outra, sem prejudicar a integridade do projeto. Hoje, olhando para trás, vejo com orgulho tudo o foi construído, pois representa uma melhoria para os cuidados de enfermagem na intervenção à pessoa com ferida maligna e à sua família.

### **4.3. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem**

Considero que este projeto é deveras importante para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Para André & Rosa (1997), são cuidados de qualidade os que maximizem a satisfação dos intervenientes em todas as etapas do processo do cuidar. A melhoria continua da qualidade só é conseguida através da atualização constante e oportuna dos conhecimentos de enfermagem (Leprohon, 2002).

Como tal, este trabalho, através das ações de formação, não só sensibilizou os profissionais para o cuidado à pessoa com FM como, promoveu a aquisição de conhecimentos, fomentando a reflexão e discussão acerca dos mesmos.

Através da revisão *scoping* e do guia de boas práticas foram identificadas as intervenções mais corretas aquando da prestação de cuidados, tendo em conta a globalidade da pessoa com FM, bem como a complexidade inerente à mesma.

Todos os documentos construídos encontram-se disponíveis em dossier próprio, no local de estágio 4, produzido para o efeito, para que possa ser consultado pelos elementos da equipa sempre que necessário. Neste dossier inclui-se os documentos referidos no parágrafo anterior, como o formulário de material de penso, a norma de atuação na intervenção de enfermagem à pessoa com FM, o documento de recolha de dados da pessoa com FM, bem como os conteúdos apresentados nas sessões de formação.

A OE (2002), refere que o papel das instituições na qualidade dos cuidados de enfermagem é determinante para definir objetivos, adequar recursos, criar estratégias,



de forma a favorecer o desenvolvimento profissional dos enfermeiros. E que os seis enunciados que descrevem a qualidade do exercício profissional são a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2002). Foi tida em conta a satisfação dos doentes e família, adequando as intervenções às suas necessidades e desejos; foi promovida a saúde e prevenidas as complicações ao basear as intervenções na evidência científica; o bem-estar e autocuidado foi promovido através de ensinamentos tanto ao doente como aos cuidadores; e todo o conhecimento adquirido permite a organização dos cuidados de saúde.

A ANCP (2006a), definiu ainda três critérios de qualidade para a prestação de CP, que são: os cuidados à pessoa doente e família, o trabalho em equipa e a avaliação e melhoria de qualidade. Sendo que a “definição de critérios de qualidade é central para a garantia e a monitorização da mesma, nos diferentes recursos específicos de cuidados paliativos, e também para a uniformização das práticas assistenciais” (ANCP, 2006a, p.2). Julgo que este projeto englobou os três critérios, pois foram abordados os cuidados à pessoa com FM e à sua família; o trabalho em equipa foi enaltecido, na medida em que este não se pressupõe centrado num elemento da equipa, mas sim numa equipa de enfermagem capacitada para as respetivas intervenções; e foi promovida a interdisciplinaridade com outros elementos da equipa, bem como a inclusão do doente e família; e como já referido todo o processo de aquisição de conhecimentos e competências conduzem a uma melhoria dos cuidados prestados.

Também a DGS (2015), contempla a melhoria dos sistemas de saúde, sendo que a qualidade é um dos pontos estratégicos presentes no plano de saúde de 2012-2020, salientando a melhoria da qualidade com integração dos processos científicos, e cuja implementação seja generalizada.

Ao provocar um crescimento pessoal e profissional, permitiu-me adquirir conhecimentos e competências como enfermeira especialista, melhorando os cuidados de enfermagem de agora em diante baseando a prática na evidência científica disponível. Por tudo acima referido considero que este projeto e a sua implementação constituem uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa com FM e à sua família.

## CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

A complexidade inerente às intervenções de enfermagem à pessoa com FM e à sua família é sobejamente conhecida, e tendo em conta o previsível aumento da doença oncológica será cada vez mais um desafio para os enfermeiros que lhes prestam cuidados.

Esta realidade torna fundamental, e quiçá mesmo urgente, que os enfermeiros estejam capacitados para dar respostas às necessidades apresentadas em relação à pessoa com FM.

Verifica-se um défice de profissionais com formação para delinaer uma abordagem de cuidados paliativos no contexto da complexidade dos sintomas associados às feridas malignas (Probst et al., 2013, citando Lo et al., 2008). Pois, a educação em cuidados de saúde é uma intervenção vital (Stonecypher, 2009).

Considero que todas as experiências, em todos os locais de estágio, conduziram a um crescimento pessoal e profissional, que permitirão uma prestação de cuidados mais eficaz no contexto da temática escolhida. Foi também através da realização dos estágios que foi possível incorporar na prática os conhecimentos adquiridos através da evidência científica disponível. A reflexão sobre a prática foi também crucial para adquirir conhecimentos e para o desenvolver das competências, salientando os momentos de partilha com peritos na área bem como a discussão em equipa acerca da intervenção à pessoa com FM.

Com o término desta etapa e com a elaboração deste relatório o projeto não termina, tendo sido apenas colocados os alicerces para a continuação do trabalho acerca da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna, havendo sempre espaço para a consolidação dos mesmos e atualização de tudo o que foi elaborado à medida da sua produção através da evidência científica disponível.

Para realizar uma abordagem efetiva à pessoa com FM é necessária a colaboração da equipa multidisciplinar (pois muitas intervenções são interdependentes), ter conhecimentos e competências acerca dos materiais e das estratégias que podem ser usados para o controlo de sintomas locais, e para a gestão dos aspetos emocionais e sociais consequente dos mesos. É necessária uma avaliação holística não olhando apenas para a FM, mas uma visão que englobe não só a ferida em si e os sintomas associados, como a integração do impacto dessa mesma ferida na vida do doente e das pessoas significativas. Esta continuidade é ainda mais importante, tendo em conta mudanças ocorridas na organização do

serviço, bem como a saída de alguns profissionais com experiência em oncologia e a entrada de novos enfermeiros com pouco tempo de prática profissional, desde a implementação do projeto. Está planeado um novo ciclo formativo para que os novos elementos da equipa também adquiram conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com FM.

Encontra-se em estudo a possibilidade de se iniciar registo fotográfico das feridas malignas, de forma a promover a continuidade de cuidados, bem como uma avaliação das alterações ocorridas, e de forma mais objetiva.

A escolha da Teoria de Fim de Vida Tranquilo, de Ruland & Moore (1998), foi um desafio interessante. Foi possível conhecer uma teoria vocacionada para o fim de vida, que não sendo prescritiva sobre a atuação de enfermagem, mas cujo conceitos major são definitivamente orientadores para a prática. É de realçar que apesar de estar ainda pouco desenvolvida é cada vez mais citada por outros autores, talvez por preencher uma necessidade tendo em conta o seu contexto. Os enfermeiros precisam de compreender e interpretar a complexidade de situações e ser conhecedores de fatores que podem contribuir para uma morte tranquila dos doentes (Ruland & Moore, 1998).

Os cuidados de enfermagem devem ser centrados na pessoa, de acordo com as suas vivências, os seus gostos, as suas crenças, em estar em relação com o outro, com base no reconhecimento, no respeito e na confiança (McCormack & McCance, 2010). Os cuidados paliativos são fundamentais para a pessoa em fim de vida, centrando-se no controlo sintomático, na família, na comunicação e no trabalho em equipa, e são de vital importância para as intervenções de enfermagem à pessoa com FM. As equipas de enfermagem que estejam capacitadas para aferir todos os aspetos da envolvência da pessoa com FM contribuem para o alívio do sofrimento bem como para a melhoria da qualidade de vida de quem cuidam.

Este relatório pretende mostrar todo o caminho percorrido desde a elaboração do projeto até à sua implementação, com vista à aquisição de competências como enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente em Enfermagem Oncológica. Apesar de todos os ganhos em conhecimentos e competências, foi um trajeto complicado, com bastantes dificuldades, que foram ultrapassadas porque a pertinência do tema o exigia.

Considero que todo este percurso permitiu não só adquirir conhecimentos como a ter uma nova visão acerca da necessidade da prática baseada na evidência científica, para estruturar a intervenção de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aleshire, M., Heeler, K. & Prevost, S. (2012). The future of nurse practitioner practice: A world of opportunity. *The Nursing Clinics of North America*, 47(2), 181-191.
- Alexander, S. (2010). An intense and unforgettable experience. The lived experience of malignant wounds from the perspective of patients, caregivers and nurses. *International Wound Journal*, 7(6), 456-465.
- Alvarez, O. M., Kalinski, C., Nusbaum, J., Hernandez, L., Pappous, E., Kyriannis, C. ... Comfort, C. P. (2007). Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1161-1189.
- André, O. & Rosas, D. (1997). Qualidade dos cuidados de saúde - satisfação dos utentes. *Enfermagem Oncológica*. Ano 1. n.º 3, 23-33.
- Arambutu, A., Anón Orbegozo, Vera, J., Santamaria Andrés, E., Alos Moner, M., Ylla Boré, E., Ferrer Solá, M. ... Torra i Bou, J. (2004). Heridas Neoplásicas. In Soldevilla Agredo, J. & Torra di Bou, J. (Coord.). *Atención Integral de las Heridas Crónicas* (pp.387-401). Madrid: Spanish Publisher Associetes, S.A.
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 19-32.
- Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J. & Waters, E. (2011). Cochrane Update 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of Public Health*, 33, 147-150.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006a). *Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Disponível em: [https://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios\\_de\\_Qualidade-2006.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf), acedido a 14/09/2018.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006b). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Disponível em: [https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf), acedido a 14/09/2018.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017). Cuidados Paliativos: O que são? Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>, acedido a 30/05/2017.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito; excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série-A (N.º 60 de 25-03-2006), 2242 – 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>.
- Despacho 14311-A/2016 (2016). Aprova o Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, II Série (N.º 228 de 28-11-2016), 35360- 35366.
- Dewey, J. (1979). *Democracia e educação*. São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de saúde. Revisão e extensão a 2020*. DGS, 1-38.
- Dowsett, C. (2002). Malignant Fungating Wounds: assessment and management. *Journal of Community Nursing*, 7(8), 394-400.
- EONS (2013). *Cancer Nursing Curriculum* (4<sup>th</sup> ed.). Brussels. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>, acessado a 28/05/2017.
- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds*. London. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>, acessado a 14/03/2017.
- Fernandes, F. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.653–663). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Ferris, F. D., Al Khateib, A. A., Fromantin, I., Hoplamazian, L., Hurd, T., Krasner, D. L. ... Rich-Vanderbij, L. (2007). Palliative wound care: managing chronic wounds across life's continuum: a consensus statement from the International Palliative Wound Care Initiative. *Journal of Palliative Medicine*, 10(1), 37-39.
- Fink, A., Kosecoff, J., Chassin, M. & Brook, R. H. (1984). Consensus methods: Characteristics and guidelines for use. *American Journal of Public Health*, 74(9), 979–983.

- Firmino, F. & Carneiro, S. (2007). Úlceras de pressão, feridas neoplásicas e micose fungóide: reflexões da prática assistencial no Rio de Janeiro. *Prática Hospitalar*, 50, 79-84.
- Gerlach, M. A. (2005). Wound care issues in the patient with cancer. *Nursing Clinics of North America*, 40(2), 295–323.
- Gethin, G. (2011). Management of malodour in palliative wound care. *British Journal of Community Nursing*, 16(Sup9), S28-S36.
- Gomes, C. & Jesus, C. (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In: Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp.953-969). Loures: Lusodidacta.
- Gómez-Batiste, X. (2005a). Principios de la terapêutica y la organización de los cuidados paliativos. In Gómez Batiste, X. Porta, J., Tuca, A. & Stjernsward, J. (Eds.). *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos* (pp.21-53). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Gómez-Batiste, X. (2005b). Evaluación y mejora contínua de calidad, planificación estratégica de la formación y de la investigación en servicios de cuidados paliativos. In Gómez Batiste, X. Porta, J., Tuca, A. & Stjernsward, J. (Eds.). *Organización de Servicios y Programas de Cuidados Paliativos* (pp.275-280). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Gonçalves Barboteo, J. & Moreno Roldán, F. (2008). Problemas Dermatológicos: Úlceras Tumorales. In Porta, J., Gómez Batiste, X. & Tuca, A. (Eds.). *Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*. (2ªed.) (pp.275-280). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Grocott, P. (2007). Care of patients with fungating malignant wounds. *Nursing Standard*, 21(24),57-66.
- Grocott, P., Gethin, G. & Probst, S. (2013). Malignant wounds management in advance illness: new insights. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 7(1), 101-105.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à Família. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.453–461). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Haisfield-Wolfe, M. E. (1998). Malignant Cutaneous Wound Care Protocol. In Ziegfeld, C., Lubejko, B. & Shelton, B. *Oncology fact finder: manual of cancer nursing* (pp.458-460). Philadelphia: Lippincott.

- Haisfield-Wolfe, M. E. & Baxendale-Cox, L. M. (1999). Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 26(6), 1055-1064.
- Haughton, W. & Young, T. (1995). Common problems in wound care: malodorous wounds. *British Journal of Nursing*, 4(16), 959-963.
- Haynes, J.S. (2005). An overview of caring for those with palliative wounds. *British Journal of Community Nursing*, 13(12), S24-S30.
- Higgins, P.A. & Moore, S. M. (2000). Levels of theoretical thinking in nursing. *Nursing Outlook*, 48(4), 179-183.
- IAHPC (2019). *Palliative Care Definition*. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>, acedido a 15/02/2019.
- Jones, J. & Hunter, D. (1995). Qualitative Research-NCBI-NIH. *British Medical Journal*, 31, 376–380.
- Júnior, V. C. (2010). Rever, Pensar e (Re)Significar a importância da reflexão sobre a prática na profissão docente. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(4), 580-586.
- Kearny, N. (2000). Nursing Education in Cancer Care. In: Kearney, N., Richardson, A. & Di Giulio, P. (Eds). *Cancer nursing practice: a textbook for the specialist nurse* (pp.91-106). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Krishnasamy, M. (2001). Wound Management. In Corner, J. & Bailey, C. (Eds.). *Cancer Nursing: Care in Context* (pp.376-382). London: Blackwell Science.
- Lei n.º 74/2006 (2006). Regulamentação das alterações introduzidas pela Lei de Bases do Sistema Educativo relativas ao novo modelo de organização do ensino superior no que respeita aos ciclos de estudos. *Diário da República, I Série A*, N.º 60 (02-03-2006) 2242-2257.
- Leprohon, J. (2002). *Revista da Ordem*, 5, 26.
- Maida, V., Corbo, M. & Trozzolo, L. (2008). Wounds in advance illness: a prevalence and incidence study based on a prospective case series. *International Wounds Journal*, 5(2), 305-313.
- Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Merskey, H. & Bogduk, N. (Eds.). (1994). *IASP Part III: Pain Terms. A current list with definitions and notes on usage – Classification of Chronic Pain*. (2<sup>nd</sup> ed.). Seattle: IASP Press.
- Miranda, N. & Portugal, C. (2014). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Relatório de 2014*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Miranda, N. & Portugal, C. (2015). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Relatório de 2015*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- McCance, T., McCormack, B. & Dewing, J. (2011). An Exploration of Person-Centredness in Practice. *Online Journal of Issues In Nursing*, 16(2), 1.
- McCance, T., Slater, P. & McCormack, B. (2009). Using the caring dimensions as an indicator of person-centred nursing. *Journal of clinical nursing*, 18(3), 409-417.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Developing a conceptual framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- McCormack, B. & McCance, T. (2010). *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. Willey: Blackwell.
- McCormack, B., Roberts, T., Meyer, J., Morgan, D. & Boscart, V. (2012). Appreciating the “person” in long-term care. *International Journal of Older People Nursing*, 7, 284-294.
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta.
- Messias, D. (2005). *A experiência da família frente ao idoso com câncer*. (Dissertação de mestrado não publicada). Escola de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto.
- Naylor, W. (2002). Malignant wounds: aetiology and principles of management. *Nursing Standard*, 10(3), 93–97.
- Naylor, W. (2003). Palliative management of fungating wounds. *European Journal of Palliative Care*, 16(52), 45–53.
- Naylor, W. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(11), 572.
- Naylor, W., Lavery, D. & Mallett, J. (2001). *The Royal Marsden Hospital Handbook of Wound Management in Cancer Care*. London: Blackwell Science.
- Neto, I.G. (2016a). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.1–22). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Neto, I.G. (2016b). Modelos de Controlo Sintomático. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.43–48). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Nóvoa, A. & Finger, M. (1988). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: DRH Ministério da Saúde.
- Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of practice* (6ª ed.). St Louis: Mosby.



- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf), acedido a 30/05/2017.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEE\\_SituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE_SituacaoCronicaPaliativa.pdf), acedido a 30/05/2017.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil\\_VF.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf), acedido a 30/05/2017.
- Pagnamenta, F. (2014). The role of the tissue viability nurse. *Wounds Essentials*, 9(2), 65-67.
- Pereira, M. G. & Lopes, C. (2005). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.). Lisboa: Climpesi Editores.
- Poletti, N., Caliri, M., Simão, C., Juliani, K. & Tácito, V. (2002). Feridas malignas: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 411–417.
- Probst, S., Arber, A., Trojan, A. & Faithfull, S. (2012). Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Supportive Care. In Cancer: Official Journal of The Multinational Association of Supportive Care In Cancer*, 20(12), 3065-3070.
- Probst, S., Arber, A. & Faithfull, S. (2013). Malignant fungating wounds - The meaning of living in an unbounded body. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(1), 38–45.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2010). Comunicação. In Barbosa & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.357-378). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República*, II Série (n.º 26 de 6-02-2019), 4744-4750.

- Rego, A. (2010). *Reformas no sector da saúde: A equidade em cuidados intensivos*. Lisboa: Universidade Católica.
- Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia do Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37.
- Ruland, C. M. & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*, (11), 59-62.
- Santos, C. M. C, Pimenta, C. A. M. & Nobre, M. R. C. (2010). A Systematic Review of Topical Treatments to Control the Odor of Malignant Fungating Wounds. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 1065–1076.
- Seaman, S. (2006). Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Seminars In Oncology Nursing*, 22(4), 185-193.
- Selby, T. (2009). Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nursing Times*, 105(18), 14-14.
- Shulz, V., Triska, O.H. & Tonkin, K. (2002). Malignant wounds: caregivers-determined clinical problems. *Journal of Pain Symptom Management*, 24(6), 572-572.
- Stonecypher, K. (2009). Creating a patient education tool. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(10), 462-467.
- Tandler, S. & Stephen-Haynes, J. (2017). Fungating wounds: management and treatment options. *British Journal of Nursing*, 26(12), S6-S14.
- Tavernier, S.S. (2014). Evidence-Based Symptom Management. In Yarbrow, C., Wujcik, D. & Gobel, B. *Cancer symptom management*, (4th ed.) (pp.3-9). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Tomey, A. M. & Alligood, M. R. (2002). *Teóricas de enfermagem e a sua obra* (5ª ed.). Loures: Lusociência.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climpesi, Editores.
- Vicente, H. (2016). Feridas malignas. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*, (3ª ed.) (pp.401-435). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Vicente, H. (2017). Úlceras Malignas. In Parreira, A. & Marques, R. (Coord.) *Feridas*. (pp.188-199). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. & Wagner, E. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals Of Internal Medicine*, 127(12), 1097-110.

- WHO (2017). *WHO Definition of Palliative Care*. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, acedido a 29/05/2017.
- Woo, K. & Sibbald, R. (2010). Local wound care for malignant and palliative wounds. *Advances In Skin & Wound Care*, 23(9), 417-430.
- Yian, L. (2005). Case study on the effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds. *Singapore Nursing Journal*, 32(2), 42-48.
- Zeichner, K. & Liston, D. (1996). *Reflective teaching. An introduction*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

Sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem do local de  
estágio 4

## Sondagem de Opinião de Formação

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente de Oncologia, estou a iniciar um projeto que se pretende ser formativo no sentido de desenvolver competências as intervenções como enfermeira especialista, mas também interventivo no serviço numa área em que seja necessário ser aprofundada.

Após uma grande reflexão sobre a minha prática dos cuidados no serviço e das conversas informais tidas com os colegas ao longo dos tempos delineei como aérea a desenvolver a **“intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna”**.

Venho deste modo auscultar os enfermeiros deste serviço, de modo a saber a sua opinião acerca desta temática, com o objetivo de ir de encontro às necessidades identificadas, no sentido em que este é um projeto interventivo, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Este é um projeto académico e todos os dados obtidos estarão sujeitos a confidencialidade, sendo o seu preenchimento anónimo.

A sua participação é fundamental para que o desenvolver deste projeto vá de encontros às necessidades sentidas pelos elementos da equipa

Os meus agradecimentos

Dora Lisa Coelho

Há quanto tempo exerce: a profissão? \_\_\_\_\_ em oncologia? \_\_\_\_\_ no serviço? \_\_\_\_\_

1. Já teve formação acerca dos cuidados de enfermagem à pessoa com ferida maligna?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

2. Quais as dificuldades que sente na intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna e à sua família?

---

---

---

---

---

3. Tem necessidade de formação na área dos cuidados de enfermagem à pessoa com ferida maligna?

Sim	<input type="checkbox"/>
Não	<input type="checkbox"/>

4. Quais são as maiores dificuldades sentidas na prestação de cuidados à pessoa com ferida maligna?

---

---

---

---

---

5. Dos seguintes temas, sobre os quais gostaria de receber formação acerca da gestão de sintomas nos cuidados à ferida maligna?

Hemorragia	<input type="checkbox"/>
Exsudado	<input type="checkbox"/>
Odor	<input type="checkbox"/>
Prurido	<input type="checkbox"/>
Dor	<input type="checkbox"/>
Infeção	<input type="checkbox"/>
Autoimagem	<input type="checkbox"/>
Outros	<input type="checkbox"/>

Se respondeu outros enumere quais: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

6. Deixe sugestões caso pretenda, em relação a esta temática \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Os meus agradecimentos

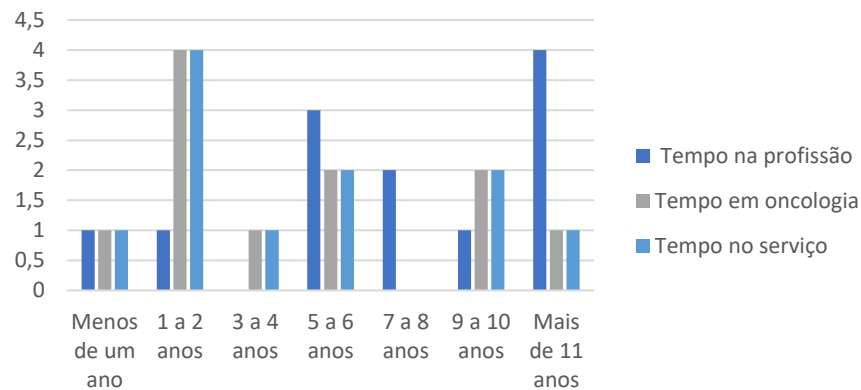


## **APÊNDICE II**

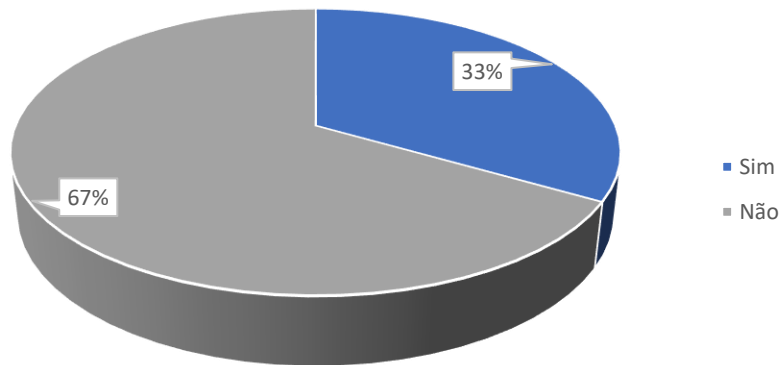
Resultados da sondagem de opinião realizada à equipa de enfermagem  
do local de estágio 4

## RESULTADOS DA SONDAGEM DE OPINIÃO

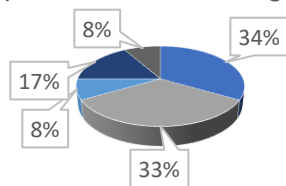
**Gráfico 1.**Tempo de Exercício Profissional



**Gráfico 2.** Já teve formação acerca dos cuidados à pessoas com ferida maligna?

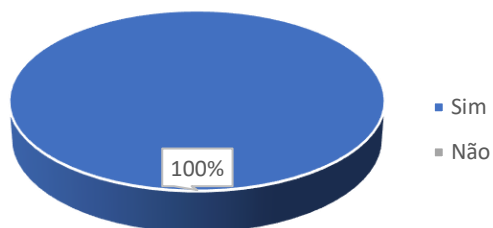


**Gráfico 3.** Dificuldades sentidas na intervenção à pessoa à ferida maligna

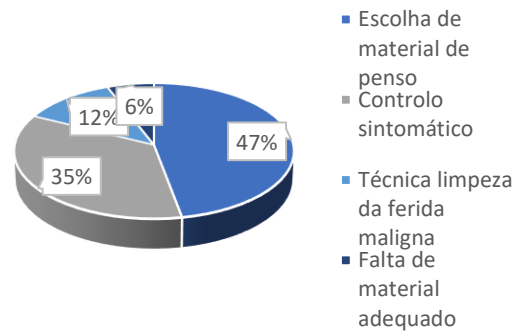


- Abordar questões da auto-imagem
- Explicar que a ferida maligna não vai cicatrizar
- Abordar o impacto da ferida maligna
- Selecionar o material adequado para os cuidados
- Abordagem do objetivo curativo ou paliativo

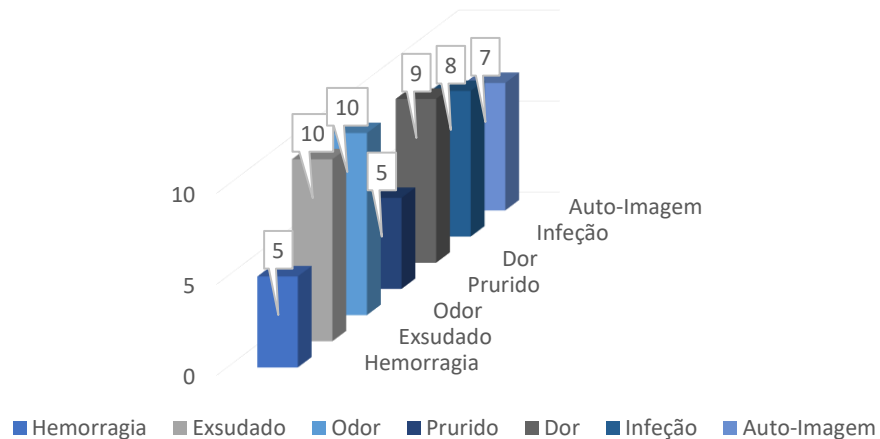
**Gráfico 4.** Tem necessidade de formação na área da prestação de cuidados à pessoa com ferida maligna?



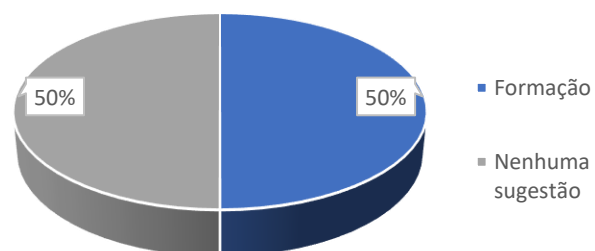
**Gráfico 5.** Dificuldades sentidas na prestação de cuidados à pessoa com ferida maligna



**Gráfico 6.** Temas de interesse para formação acerca da gestão de sintomas da ferida maligna



**Gráfico 7.** Sugestões



## **APÊNDICE III**

*Revisão Scoping*

# **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA MALIGNA: REVISÃO SCOPING**

## **BACKGROUND**

A ferida maligna resulta da infiltração da pele por células neoplásicas, seja por um tumor primário ou por metastização (Vicente, 2016, citando Firmino, 2007). Na bibliografia surge também denominada de ferida neoplásica, úlcera ou lesão.

Os dados estatísticos da sua incidência não sejam exatos, estima-se que que 14,5% das pessoas com doença oncológica avançada desenvolve ferida maligna (Gomes & Jesus, 2015), mas apesar de serem lesões relativamente pouco frequentes, têm um impacto grande na qualidade de vida da pessoa.

A ferida maligna pode surgir em qualquer local do corpo da pessoa com doença oncológica avançada (EONS, 2015), e a sua apresentação é também muito variada (Probst et al., 2012). A junção destes dois fatores torna ainda mais complexos os cuidados a prestar à pessoa com ferida maligna.

A cicatrização de uma ferida maligna não é de todo impossível, se a doença oncológica estiver controlada (Vicente, 2016), mas se tal não se verificar, o objetivo dos cuidados é a palição e não a cura (EONS, 2015).

É importante compreender que juntamente com as feridas malignas existem outros problemas associados como: a alteração da autoimagem, autoestima, isolamento, dor, hemorragia, odor e complicações derivadas do processo neoplásico (Arambut et al., 2004). Os sintomas mais frequentemente associados a estas lesões são a dor, mau cheiro, exsudado e hemorragia local (González Barboteo & Moreno Roldán, 2008). Embora a experiência da pessoa com ferida maligna seja única e individual, podemos dizer que é intensa e inesquecível, em que se sente falta de controlo sobre o corpo e sobre a vida (EONS, 2015).

A ferida maligna apresenta um desafio, físico e emocional, para o doente, para os cuidadores e para os profissionais de saúde (EONS, 2015).

Segundo Shulz, Triska & Tonkin (2002), os enfermeiros identificam a dor, como o sintoma mais preocupante na abordagem à pessoa com ferida maligna, seguindo-se de problemas físicos, *stress* emocional, aspetos sociais, compromisso funcional, complicações e deterioração nutricional.

Relativamente ao tratamento local da ferida maligna, destaca-se a dificuldade em aplicar material de penso, e disfarçar o desconforto perante o odor. Lidar com os doentes também pode ser emocionalmente difícil para enfermeiros, quando estão perante uma ferida incurável (EONS, 2015).

Sabendo que a família é o núcleo social mais importante da esfera do utente, e onde este procura a fonte de suporte no processo da doença (Fernandes, 2016). O fim de vida é um dos maiores desafios da vida familiar, requerendo um reequilíbrio das relações familiares (Rolland, 2005). Alterações na dinâmica familiar como a passagem de familiar a cuidador requer suporte em contexto domiciliário, quer em contexto hospitalar (Carduff et al., 2016). A prática mostra-nos que, na nossa realidade, os cuidados prestados à pessoa com ferida maligna são muitas vezes fornecidos por elementos da família, e também eles são afetados por todos o impacto inerente à presença de uma ferida maligna (EONS, 2015).

Por todos estes factos, e pelas várias implicações que a ferida maligna acarreta na vida da pessoa com doença oncológica, torna-se importante conhecer quais as intervenções de enfermagem adequadas à pessoa com ferida maligna, de forma esta gerir os sintomas associados e o seu impacto na sua vida.

A escolha do tema para esta de revisão *scoping* vem neste sentido, quer pelo desconhecimento dos cuidados locais à ferida maligna, quer pelo facto de a sua abordagem ser extremamente difícil devido aos aspetos físicos, emocionais e psicológicos envolventes. A pouca evidência científica recente sobre a ferida maligna revela esta problemática e a necessidade de produzir mais conhecimento que nos esclareça sobre o tema.

Ao elaborar esta revisão *scoping*, pretende-se identificar, mapear e esquematizar a melhor evidência científica disponível acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna. Foi realizada uma pesquisa preliminar sobre estudos realizado sobre o tema na base de dados *Joanna Briggs Institute Database of Systematic Reviews*, onde se verificou não existirem revisões *scoping* sobre o tema.

## **OBJETIVO**

O objetivo da revisão visa, identificar quais são as intervenções de enfermagem adequadas à pessoa adulta com ferida maligna. Obter este conhecimento permitirá identificar estratégias que minimizem os sintomas associados e melhorem a sua qualidade de vida da pessoa com ferida maligna.

## **QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

A questão de investigação foi elaborada de acordo com estratégia do *Joanna Briggs Institute* denominada de PCC, População, Conceito e Contexto.

A questão de investigação que serve de alicerce a esta revisão *scoping* é: Quais são as intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna?

## **PALAVRAS-CHAVE**

Ferida Maligna; Intervenções de Enfermagem; Cuidados a Feridas

## **CRITÉRIOS DE INCLUSÃO**

### **Tipos de Participantes**

Nesta revisão *scoping* foram considerados os artigos que incluíam pessoas com diagnóstico de doença oncológica com idade adulta (idade igual ou superior a 18 anos), com ferida maligna. Excluem-se, assim, crianças e adolescentes, por terem características específicas, que influenciam o modo como experienciam a doença e o modo como a vivenciam. São também incluídas as pessoas com doença oncológica em fase terminal, uma vez que a existência de uma ferida maligna está associada a doença oncológica avançada e com uma esperança de vida curta. Foram também incluídos os enfermeiros como parte integrante da população desta revisão, uma vez que são estes que prestam os cuidados à pessoa com ferida maligna. Os idiomas envolvidos foram inglês, português e espanhol. Foram incluídos os estudos realizados nos últimos 15 anos, ou seja, entre 2002 e 2017, disponíveis em *full text*.

### **Conceito**

Na presente revisão *scoping* foram incluídos todos os estudos e artigos de revisão que abordam o tema da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna. Consideram-se as diversas formas de abordagem da pessoa com ferida maligna e gestão dos sintomas físicos associados, bem como todas as intervenções relacionadas com os aspetos emocionais, psicológicos e sociais.

### **Contexto**

Tendo em conta a multidimensionalidade da abordagem à ferida maligna, e com a finalidade de obter uma pesquisa abrangente e diversificada, foram considerados todos os contextos possíveis experienciados pela pessoa com ferida maligna, seja no domicílio, internamento ou qualquer tipo de institucionalização.

## **Tipo de Estudos**

A presente revisão *scoping* considera todos os tipos de estudos quantitativos e qualitativos relacionados com o tema, quer sejam estudos, incluindo artigos de investigação, artigos de opinião, revisões da literatura, artigos em revistas com revisão por pares e recomendações para a prática realizadas por peritos. As bases de dados incluídas na pesquisa foram MEDLINE, CINHALL, CLINICALKEY FOR NURSING. Tal como referido no *background*, não foram localizadas quaisquer revisões sobre o tema na pesquisa preliminar realizada no *The Joanna Briggs Institute*.

## **ESTRATÉGIA DE PESQUISA**

Com o intuito de efetuar uma pesquisa rigorosa e de fácil compreensão, foi utilizada uma estratégia de pesquisa em três passos, conforme a recomendação do *The Joanna Briggs Institute* (2015). Numa primeira fase, foi realizada uma pesquisa inicial e limitada em duas bases de dados relevantes (MEDLINE e CINHALL), avaliando os termos existentes nos títulos e resumos de alguns artigos considerados pertinentes, bem como os termos de indexação utilizados para descrever cada artigo. Uma segunda pesquisa foi realizada, utilizando os termos identificados em linguagem natural e em linguagem indexada em todas as bases de dados selecionadas. Finalmente foi avaliada a lista de referências dos artigos encontrados e efetuada uma pesquisa adicional, com o intuito de refinar a pesquisa.

Foram incluídos os estudos publicados nos idiomas de português, inglês e espanhol. Todos os estudos que foram publicados nos últimos 15 anos foram incluídos na revisão. Esta abrangência deve-se à escassez de documentação recente sobre a questão para revisão e pelo facto de o objetivo da mesma se centrar nas intervenções de enfermagem, que julgo serem transversais no tempo.

A pesquisa foi realizada entre junho e dezembro de 2017. Para além da pesquisa realizada nas bases de dados MEDLINE, CINHALL, CLINICALKEY FOR



NURSING, considerada a pesquisa através de sites de peritos como a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Os termos booleanos utilizados foram “*Malignant Wounds*”, “*Malignant Fungating Wounds*”, “*Fungating Wound*”, “*Nursing Interventions*”, “*Nursing Care*”, “*Oncology Nursing*”. Na segunda etapa da pesquisa foram utilizados os descritores, conforme os termos indexados nas respectivas bases de dados e dos termos em linguagem natural.

De acordo com o *The Joanna Briggs Institute* (2015), os artigos identificados através da pesquisa irão ser avaliados quanto à sua relevância para a revisão, baseado na informação do título e resumo. Se a relevância não for clara, deve proceder-se à leitura integral do artigo e avaliada a sua concordância com os critérios de inclusão. A relevância dos artigos foi avaliada pela sua pertinência com tema em revisão, através da leitura título, do resumo e pelos descritos dos mesmos. Para a leitura integral foram selecionados os artigos que cumpriam os critérios de inclusão e os objetivos preconizados anteriormente. Após a leitura integral dos artigos selecionados foi confirmado se realmente contemplavam os critérios de inclusão.

## **EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS**

Por forma a organizar e sintetizar os dados extraídos dos artigos selecionados em função do objetivo e da questão formulada, conforme sugere o *The Joanna Briggs Institute* (2015), foi desenvolvido um instrumento de forma a identificar os artigos selecionados, os seus objetivos e os principais resultados que se encontra no Apêndice I. Este instrumento foi modificado e revisto durante o processo de extração dos dados.

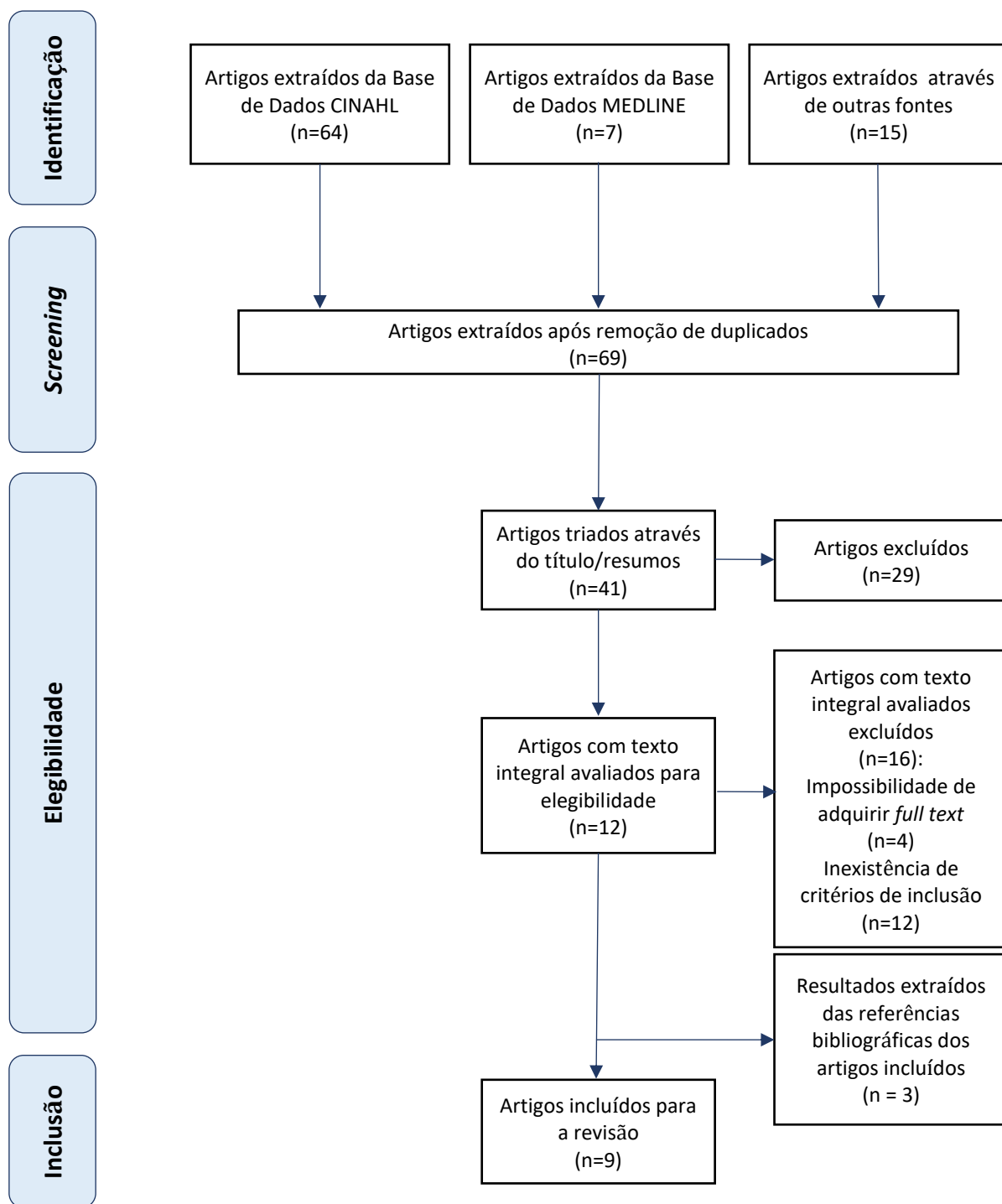
De acordo com o *The Joanna Briggs Institute* (2015), os dados extraídos de cada artigo foram mapeados e apresentados de modo a refletir de forma clara e coerente a questão e os objetivos da presente revisão *scoping*.

## **RESULTADOS**

Após a pesquisa realizada em todas as fontes identificaram-se um total de 41 documentos, após a leitura do título ou resumo. Deste universo de documentos que foram selecionados para a leitura integral, emergiram 12 estudos que incluíam os critérios de inclusão, os restantes foram excluídos por inexistência de critérios de inclusão e pela impossibilidade da sua aquisição em *full text*. Ao analisar os 12

documentos verificou-se a necessidade de se confirmar as referências bibliográficas, constatando-se sobreposição de fontes aos já selecionados, tendo sido excluídos 3 documentos por esse motivo, perfazendo o tal de 9 artigos incluídos para a revisão *scoping*. Os resultados da pesquisa e seleção dos estudos encontram-se representados em forma de fluxograma na Figura 1.

**Figura 1.** Fluxograma PRISMA do processo de revisão *scoping*



(Adaptado do *The Joanna Briggs Institute*, 2005)

Dos estudos selecionados para a revisão *scoping* foram publicados entre 2002 e 2017, 1 na Nova Zelândia, 1 na China, 2 nos Estados Unidos da América, 2 em Inglaterra, 1 no Brasil, 1 no Canadá e 1 na Irlanda. Em relação ao desenho do estudo, foi selecionado apenas um artigo de Revisão Sistemática da Literatura, sendo os restantes 8 artigos de Revisão da Literatura, e todos os foram publicados em revistas e jornais científicos. Na tabela 1 encontra-se a organização dos estudos incluídos na revisão *scoping* de acordo com o ano, país de publicação e desenho do estudo representada; e na tabela 2 encontram-se os principais resultados obtidos. Os dados referentes a cada artigo selecionado podem ser consultados no Apêndice I.

**Tabela 1.** Descrição dos artigos por ano de publicação, país e desenho do estudo

Autores	Ano	País	Desenho do Estudo	N.º de estudos por ano	N.º de artigos por desenho estudo
Naylor	2002	Nova Zelândia	Revisão da Literatura	1	8
Yian	2005	China	Estudo de Caso	2	
Gerlach	2005	EUA	Revisão da Literatura		
Seaman	2006	EUA	Revisão da Literatura	1	
Grocott	2007	Inglaterra	Revisão da Literatura	1	
Santos, Pereira & Nobre	2010	Brasil	Revisão Sistemática da Literatura	2	
Woo & Sibbald	2010	Canadá	Revisão da Literatura		
Gethin	2011	Irlanda	Revisão da Literatura	1	
Tandler & Stephen-Haynes	2017	Inglaterra	Revisão da Literatura	1	1

**Tabela 2.** Resultados Principais

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	AUTORES
<b>ABORDAGEM FÍSICA À PESSOA COM DA FERIDA MALIGNA</b>	
Avaliar as características da ferida maligna: localização, dimensão, profundidade, formato, quantidade e natureza do exsudado, presença e origem de odor, tipo de tecido presente, sinais de infeção, tipo de dor, dor relacionada com a mudança do penso, episódios hemorrágicas e condição da pele circundante	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Conhecer a doença oncológica: tipo de cancro, extensão e objetivos	Gerlach (2005)
Saber a possibilidade de realização cirurgia, quimioterapia, radioterapia	Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010)
Avaliar cuidados locais prestados à ferida maligna	Woo & Sibbald (2010)
<b>ABORDAGEM DOS SINTOMAS FÍSICOS ASSOCIADOS À FERIDA MALIGNA</b>	
<b>Dor</b>	
Avaliar a dor corretamente da dor: tipo de dor, intensidade, frequência, duração	Naylor (2002), Grocott (2007), Stephen-Haynes (2017)
Seguir a indicação da Organização Mundial de Saúde para o controlo da dor oncológica	Naylor (2002), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Administrar analgesia antes da realização do penso, de acordo com a prescrição médica	Naylor (2002)
Administrar ácido nítrico durante o procedimento, de acordo com prescrição médica	Naylor (2002)
Administrar lidocaína, benzocaína, prilocaina tópica após remoção do material de penso e antes de realizar o tratamento local à ferida maligna	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar penso com libertação de ibuprofeno	Woo & Sibbald (2010)
Administrar opióide tópicos	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar material não aderente em contacto direto com a ferida maligna	Naylor (2002), Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010)
Remover suavemente o material de penso	Woo & Sibbald (2010)
Remover o material de penso com pouco frequência	Woo & Sibbald (2010)

Utilizar irrigação como técnica de limpeza da ferida maligna	Naylor (2002), Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010)
Evitar o uso de antisséptico como clorexidina, iodopovidona, peróxido de hidrogénio, hipoclorito de sódio	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006)
Aplicar crioterapia após realização do penso	Seaman (2006)
Realizar penso oclusivo	Gerlach (2005)
<b>Hemorragia</b>	
Remover suavemente o material de penso	Gerlach (2005), Grocott (2007)
Utilizar removedor de adesivo	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Irrigação com soro fisiológico para facilitar a remoção do material de penso	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Realizar a limpeza da ferida maligna suavemente	Gerlach (2005), Grocott (2007)
Utilizar irrigação como técnica de limpeza da ferida maligna	Naylor (2002), Gerlach (2005)
Realizar a limpeza da ferida maligna com soro fisiológico ou água	Gerlach (2005), Seaman (2006), Gethin (2011)
Utilizar material de penso não aderente	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007)
Evitar material fibroso	Gerlach (2005), Grocott (2007)
Se a lesão apresentar pouca humidade aplicar folhas de hidrogel ou hidrogel amorfo	Seaman (2006)
Aplicar pressão direta no foco hemorrágico 10 a 15 minutos	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Aplicar de crioterapia no exterior do penso	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar inibidores da fibrinólise para prevenir ou parar a hemorragia (ex. ácido tranexâmico)	Naylor (2002), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar solução de alumínio	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar gelatina absorvível	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar trombina tópica	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar pasta de sucralfato	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar alginato	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar colagénio	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar ácido tricloroacético	Woo & Sibbald (2010)

Aplicar celulose oxidada regenerada	Gerlach (2005), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar material cirúrgico para rápida hemóstase	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007)
Aplicar adrenalina ou cocaína tópica (com supervisão médica)	Naylor (2002), Gerlach (2005), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Senão se atingir controlo ponderar outras estratégias como: solicitar apoio de outros profissionais para embolização de artérias, quimioterapia, radioterapia, sutura vasos, laser, cauterização elétrica.	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
<b>Odor/Infecção</b>	
Realizar limpeza da ferida maligna para reduzir a carga microbiana e para remover de detritos com irrigação	Gerlach (2005), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010), Gethin (2011)
Realizar limpeza da ferida maligna com produtos de limpeza específicos para feridas	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Realizar limpeza da ferida maligna com produtos de limpeza cutâneos	Seaman (2006)
Realizar limpeza da ferida maligna com soro fisiológico ou água	Seaman (2006) Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Realizar limpeza da ferida maligna no chuveiro	Gerlach (2005), Seaman (2006), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar tratamento dirigido à infecção de acordo com prescrição médica	Gerlach (2005), Grocott (2007)
Aplicar metronidazol tópico	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010), Gethin (2011), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar metronidazol oral	Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar metronidazol oral titulado e diluído em água ou gel, para colocação na ferida maligna e embebido em gaze para colocação direta na ferida maligna ou para irrigação	Gerlach (2005), Seaman (2006), Gethin (2011)
Aplicar de metronidazol oral triturado em pó e aplicado diretamente na lesão	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar de metronidazol solução endovenosa embebida em gaze	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar metronidazol sistémico	Naylor (2002), Gethin (2011), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar pasta de açúcar	Naylor (2002)

Aplicar mel medicinal	Naylor (2002), Grocott (2007), Gethin (2011)
Aplicar penso impregnado com prata	Gerlach (2005), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar penso de carvão ativado	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Grocott (2007), Santos, Pimenta & Nobre (2010), Woo & Sibbald (2010), Gethin (2011), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar nitrato de prata	Gerlach (2005), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar sacos de chá verde como penso secundário	Yian (2005)
Aplicar penso impregnado com cloreto de sódio	Gerlach (2005), Santos, Pimenta & Nobre (2011)
Aplicar cadexômero de iodo	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Aplicar unguento de curcuma	Santos, Pimenta & Nobre (2010)
Trióxido de arsénico tópico	Santos, Pimenta & Nobre (2010)
Penso oclusivo	Naylor (2002), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar iodopovidona, clorexidina, e derivados pode ser uma opção se a carga microbiana for mais preocupante que a toxicidade dos tecidos	Woo & Sibbald (2010)
Realizar desbridamento autolítico	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Grocott (2007), Santos, Pimenta & Nobre (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017),
Realizar desbridamento enzimático	Naylor (2002), Gerlach (2005), Santos, Pimenta & Nobre (2010)
Realizar desbridamento mecânico	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Realizar a mudança diária do penso	Naylor (2002), Seaman (2006)
Realizar a mudança d o penso sempre que esteja saturado	Gerlach (2005)
Dispensar o material logo após a realização dos cuidados para prevenir a acumulação do cheiro presente no exsudado	Naylor (2002)
Aplicar desodorizantes comerciais no quarto	Gerlach (2005), Tandler & Stephen-Haynes (2017)

Colocar pedaços de carvão debaixo do leito	Seaman (2006), Gethin (2011)
Colocar bicarbonato de sódio debaixo da cama	Woo & Sibbald (2010)
Colocar areia de gato debaixo do leito	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010), Gethin (2011)
Colocar grãos de café em recipientes	Gethin (2011)
Colocar espuma de barbear em recipientes	Gethin (2011)
Usar óleos essenciais (pimenta, árvore de chá, eucalipto, de dente de alho)	Naylor (2002), Seaman (2006), Santos, Nobre & Pimenta (2010), Gethin (2011)
Óleos essenciais misturados em creme e aplicados na ferida	Gethin (2011), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar salva seca no quarto	Gethin (2011)
Usar outros produtos aromáticos	Seaman (2006)
Colocar filtros de ar comerciais	Naylor (2002)
Aplicar óleos essenciais gotas no exterior no penso	Gethin (2011)
Remover a roupa suja com exsudados e deixar contentores fechados	Gethin (2011)
<b>Exsudado</b>	
Aplicar alginatos	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar hidrófibras	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar espumas	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Combinar material para exsudado moderado a elevado	Naylor (2002)
Aplicar pensos superabsorventes baseados na tecnologia das fraldas	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar apósito absorvente	Naylor (2002)
Aplicar saco de ostomia ou sacos de feridas	Naylor (2002) Gerlach (2005)
Aplicar sacos de chá verde como penso secundário	Yian (2005)
Aplicar fraldas adultos	Gerlach (2005)
Aplicar pensos menstruais como penso secundário	Seaman (2006)
<b>Prurido</b>	
Aplicar placas de hidrogel refrigeradas	Naylor (2002)



Aplicar creme de mentol à base de água em pele integra	Naylor (2002)
Aplicar cremes e loções	Gerlach (2005)
Realizar de Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea ( <i>TENS</i> )	Naylor (2002), Grocott (2007)
Administrar terapêutica anti-histamínica (ex. hidroxizina, difenidramina), de acordo com prescrição	Gerlach (2005)
Administrar terapêutica antidepressiva (ex. paroxetina ou antidepressivos tricíclicos) se prescritos	Grocott (2007)
<b>Pele circundante</b>	
Proteger pele intacta com roupa ou outra cobertura para evitar fricção	Gerlach (2005)
Aplicar barreira cutânea na pele circundante à ferida maligna (película, creme, pomada)	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Grocott (2007)
Colocar hidrocolóide em moldura em redor da ferida maligna	Naylor (2002)
Aplicar material de penso com elevado grau de absorção	Gerlach (2005)
Não usar adesivos	Gerlach (2005)
Aplicar adesivo não traumático microporoso se não se puder evitar o seu uso	Gerlach (2005)
Utilizar outro material de fixação, não aderente à pele, como cuecas de rede, soutiens, manga elástica, ligadura, roupa, outros	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Remover o material de penso com suavidade	Gerlach (2005)
Utilizar removedor de adesivo	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
<b>ABORDAGEM EMOCIONAL E SOCIAL</b>	
Abordar a reação psicológica da pessoa à ferida maligna	Naylor (2002)
Abordar o impacto na qualidade de vida da pessoa com ferida maligna	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Abordar preocupações relacionadas com o fim de vida	Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010)
Abordar a família o doente/família individualmente ou em simultâneo	Gerlach (2005)
Discutir com o doente as estratégias de gestão da ferida maligna	Naylor (2002)
Identificar o suporte social existente	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Providenciar o suporte social adequado	Naylor (2002)
Providenciar cuidados espirituais	Naylor (2002)
Envolver a pessoa com ferida maligna e família na tomada de decisões	Naylor (2002), Woo & Sibbald (2010)

Comunicar de forma aberta e honesta acerca dos objetivos e decisões	Naylor (2002), Seaman (2006)
Realizar o penso de acordo com as características da pessoa, conforto e imagem corporal	Gerlach (2005), Seaman (2006), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Realizar ensinios aos cuidadores acerca dos cuidados gerais a feridas e específicos das feridas malignas	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Considerar os desejos do doente	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Considerar a compressão do doente e família acerca do diagnóstico e prognóstico	Tandler & Stephen-Haynes (2017)

## DISCUSSÃO

Após a leitura dos artigos selecionados foi possível categorizar as intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna em três principais áreas, sendo estas abordagem física, a abordagem dos sintomas associados à ferida maligna e a abordagem emocional e social. A categoria referente aos sintomas físicos associados à ferida maligna, pode ser dividida em subcategorias de acordo com os sintomas apresentados. Evidenciando a complexidade dos cuidados e a importância das intervenções para o conforto e qualidade de vida da pessoa com ferida maligna. Segue-se uma análise às intervenções encontradas nos diferentes estudos e de acordo com as categorias.

### **Abordagem física**

Os sintomas e a gestão local da ferida são passos fundamentais para os cuidados à ferida maligna, mas estes ainda estão a ser investigados e por isso não estão formalizados de forma standardizada e suportados por protocolos e produtos apropriados (Grocott, 2007).

É importante informação sobre a localização, tamanho, profundidade, forma, quantidade e natureza do exsudado, presença de odor, origem de tecidos (desvitalizado ou necrótico), sinais de infeção, tipo de dor, dor relacionada com a mudança do penso, existência de focos hemorrágicos e condição da pele circundante (Naylor, 2002; Gerlach, 2005; Seaman, 2006; Grocott, 2007; Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

Para Seaman (2006), a avaliação do doente e da ferida é essencial para formular um plano de tratamento centrado na pessoa, e refere o sistema de avaliação de feridas malignas estipulado por Haisfield-Wolfe & Baxendale-Cox (1999), que diferencia 4 estádios de acordo com a cor da ferida, hidratação, presença ou ausência de nódulos, exsudado, dor, odor e infiltração, mas é necessária a sua validação mas poderá ser uma ferramenta útil para facilitar a documentação e comunicação entre os enfermeiros (Seaman, 2006).

A descrição da ferida deve ser documentada de forma concisa e sistemática para aumentar a confiabilidade com as avaliações continuadas (Gerlach, 2005), pois como sabemos estas lesões mudam com frequência (Seaman, 2006).

É necessário delinear um plano centrado no doente (Seaman, 2006), e para tal é preciso ter conhecimentos sobre a abordagem dos tratamentos escolhida, que

cuidados locais à ferida estão a ser realizados e quais são as preocupações centradas na pessoa com ferida maligna (Woo & Sibbald, 2010). Para Gerlach (2005), os cuidados só podem começar com obtenção da informação acerca do tipo de cancro extensão da doença e objetivos dos cuidados.

A possibilidade de cirurgia, radioterapia, quimioterapia quando usadas para controlar a doença subjacente pode ajudar no controlo da ferida maligna (Gerlach, 2005).

### **Abordagem dos sintomas associados à ferida maligna**

Segundo Naylor (2002), cada ferida maligna é única, não só na aparência como apresentação dos sintomas associados, sendo que algumas pessoas podem apresentar apenas alguns e outras uma sintomatologia múltipla. Os sintomas mais comumente apresentados pela pessoa com ferida maligna são: dor, hemorragia, odor, exsudados e prurido (Naylor, 2002). Posto que o tratamento relacionado com a ferida maligna é maioritariamente paliativo, o objetivo dos cuidados é a qualidade vida, logo controlo de sintomas deve ser abordado de acordo com as prioridades identificadas pelo doente e pelas preocupações dos profissionais de saúde (Naylor, 2002).

A localização e tamanho da lesão podem levar a grandes desafios pela dificuldade de colocação e fixação do material de penso (Naylor, 2002).

Uma avaliação correta do ambiente da lesão vai facultar a base para o plano de tratamento bem como irá permitir uma avaliação da eficácia do mesmo (Naylor, 2002).

As feridas malignas têm um efeito significativo para o doente, família e serviços de saúde por um tempo potencialmente prolongado (Grocott, 2007).

Para a maioria dos autores os sintomas associados à ferida maligna são a dor, a hemorragia, o odor (associado também à infeção superficial), exsudado, e o prurido, ainda que referido menos frequentemente. Os cuidados à pele circundante à lesão são também uma preocupação partilhada pelos vários autores.

### **Dor**

A dor causada pela ferida maligna pode ter a sua etiologia na pressão causada sobre os nervos e vasos sanguíneos ou pela invasão dos mesmos (Naylor, 2002). A dor neuropática pode estar presente devido a danos nos nervos, e se a lesão for superficial, os doentes podem referir dor superficial tipo ardor (Naylor, 2002).

Infelizmente a dor pode ser originada aquando da prestação dos cuidados, por adesão do material ao leito da ferida ou técnica incorreta de limpeza (Naylor, 2002).

Antes de mais é necessário realizar uma avaliação correta da dor, contemplando seu tipo, a intensidade a frequência e a sua duração (Naylor, 2002; Grocott, 2007).

A prescrição de terapêutica analgésica adequada de acordo com a escada analgésica da Organização Mundial de Saúde é fundamental (Naylor, 2002) e frequentemente com combinação de fármacos (Grocott, 2007). Tem de ser ainda considerada a administração de analgesia antes da realização do penso (Naylor, 2002; Seaman, 2006).

O uso de opióides por via tópica diretamente na ferida maligna como a morfina ou a diamorfina, é indicado pela maioria dos autores (Naylor, 2002; Seaman, 2006; Grocott, 2007).

Para a dor durante a realização do tratamento local à ferida maligna, Naylor (2002), recomenda o uso de ácido nítrico, com respetiva supervisão médica. Já Woo & Sibbald (2010) aconselham pensos com libertação de ibuprofeno. Outros autores recomendam o uso de analgésicos locais como a lidocaína, benzocaína ou prilocaína tópica sendo aplicado imediatamente após a remoção do material de penso (Seaman, 2006; Woo & Sibbald, 2010).

A escolha da compressão e irrigação como técnica de limpeza da ferida maligna, técnica transversal para prevenir hemorragia, também é efetiva para reduzir a dor (Woo & Sibbald, 2010), bem como o uso de material não aderente e atraumático, como interfaces de silicone (Woo & Sibbald, 2010) permitem redução da dor na remoção do material de penso. Remoção essa que deverá ser realizada de forma suave e pouco frequente (Woo & Sibbald, 2010).

A aplicação de gelo local após a realização dos cuidados locais às feridas (Seaman, 2006), bem como a colocação de um penso oclusivo (Gerlach, 2005), são outras opções referidas.

## **Hemorragia**

A ferida maligna é comumente composta por tecido frágil e friável, e que sangra com facilidade, principalmente se ocorrer trauma na remoção do material de penso (Naylor, 2002). A função das plaquetas encontra-se também diminuída dentro do tumor também e pode ser um fator para a hemorragia (Naylor, 2002). Episódios de hemorragia espontânea também podem ocorrer quando o tumor erode vasos

sanguíneos grandes, resultando em hemorragia profusa, que será um foco de *distress* para o doente, família e cuidadores (Naylor, 2002).

É crucial prevenir a hemorragia (Naylor, 2002), sendo a técnica de limpeza da ferida maligna de extrema importância. É unânime que a técnica de limpeza a utilizar na ferida maligna é a irrigação e de forma suave (Naylor, 2002; Gerlach, 2005; Grocott, 2007). A irrigação deve ser realizada com água ou soro fisiológico mornos (Naylor, 2002), para maior conforto, senão for contraindicado. Se a lesão não for friável a limpeza pode ser efetuada no chuveiro (Seaman, 2006).

No caso de a ferida apresentar pouco exsudado, um modo de prevenir a hemorragia é através da colocação de material não aderente e da promoção da humidade, através de folhas de hidrogel ou hidrogel amorfo (Seaman, 2006). Manter a humidade e interface húmido fará a remoção menos traumática (Grocott, 2007).

Quando ocorre uma hemorragia pode-se realizar pressão direta na ferida maligna durante 10 a 15 minutos (Gerlach, 2005; Seaman, 2006).

Existem diversos hemostáticos tópicos disponíveis para o controlo de hemorragia. Entre os hemostáticos naturais, destacam-se o colagénio, a celulose oxidada e o alginato de cálcio (Seaman, 2006; Grocott, 2007). Alguns autores referem mesmo que o material fibroso deve ser evitado (Naylor, 2002; Grocott, 2007).

Coagulantes como a esponja de gelatina (Seaman, 2006), ou pó resultante da mesma, e a trombina são mais opções viáveis (Woo & Sibbald, 2010).

O nitrato de prata é um agente esclerosante com ação hemostática eficaz em pequenos focos hemorrágicos (Gerlach, 2005; Seaman, 2006), ainda neste grupo encontramos referência ao uso de tricloroacético (Woo & Sibbald, 2010).

Os inibidores de fibrinólise, como o ácido tranexâmico por via oral são eficazes tanto pra prevenir como para parar a hemorragia (Naylor, 2002; Grocott, 2007; Woo & Sibbald, 2010).

Muitos dos autores mencionam aplicação tópica de vasoconstritores como a adrenalina tópica tem efeito, (Naylor, 2002; Gerlach, 2005; Seaman, 2006; Grocott, 2007; Tandler & Stephen-Haynes, 2017). mas tem de ser usado com supervisão médica pois o seu uso pode causar isquémia e necrose dos tecidos (Naylor, 2002).

Fármacos adstringentes como a solução de alumínio e a pasta de sucralfato são mencionados (Woo & Sibbald, 2010).

A tradicional aplicação de gelo local é também uma mais valia (Seaman, 2006)

Se a hemorragia for elevada o uso de material cirúrgico, que não tem de ser removido, como esponjas absorventes é uma alternativa, pois promovem uma hemóstase rápida (Naylor, 2002; Grocott, 2007).

As gazes parafinadas ou vaselinadas tradicionais não estão aconselhadas, pois podem aderir ao leito da ferida ou ficar incorporada nos tecidos e causar trauma significativo na remoção, causando dor e hemorragia (Naylor, 2002).

Senão se conseguir um controlo adequado será necessário pedir colaboração de outras especialidades, e validar a necessidade de técnica como a embolização das artérias do tumor, quimioterapia, radioterapia (Seaman, 2006).

A remoção do material de penso sem trauma é determinante para evitar que hemorragia ocorra (Grocott, 2007; Woo & Sibbald, 2010), não só com os cuidados na técnica de remoção, bom como pelo recurso a material não aderente (Naylor, 2002), como as camadas de contacto de silicone (Grocott, 2007). Usar removedor de adesivo e aplicar soro fisiológico também irá facilitar a remoção (Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

## **Odor**

O odor deve-se a infeção ou colonização de bactérias anaeróbias presente no tecido necrótico (Naylor, 2002). O odor produzido pela ferida maligna é constantemente detetado, e é muitas vezes um gatilho para a náusea e vômito (Naylor, 2002).

Para Tandler & Stephen-Haynes (2017), citando Lo et al. (2012), o odor causa *distress* comparado com outros sintomas, aumenta a ansiedade, a revolta, o isolamento social e náusea (Tandler & Stephen-Haynes, 2017). O *distress* afeta o doente, a sua família e os profissionais de saúde (Gerlach, 2005).

Parece ser de comum acordo que o primeiro passo para controlo do odor é a limpeza da ferida maligna, seja com água ou soro fisiológico (Naylor, 2002; Gerlach, 2005), com produtos de limpeza comerciais (Gerlach, 2005; Seaman, 2006), ou com produtos de limpeza de pele/incontinência que contenham sabão suave e ingredientes antibacterianos (Seaman, 2006).

A limpeza vai remover os contaminantes, detritos e resíduos metabólicos da superfície da ferida maligna (Gethin, 2011), mas deve ser realizada com cuidados para, mas não causar danos na ferida, já por si friável (Gerlach, 2005).

Se a limpeza for realizada com água esta ser pode ser potável da torneira ou água própria para consumo (Tandler & Stephen-Haynes, 2017). O banho do chuveiro

é aceitável, mas o penso tem de ser revisto individualmente tendo em conta o risco hemorrágico e preferências do doente (Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

Os antissépticos apesar de estarem indicados para a redução da carga microbiana têm de ser utilizados com precaução por podem lesar os tecidos (Naylor, 2002).

Os antibióticos sistémicos podem ser utilizados para reduzir a colonização bacteriana e controlo efetivo dos produtos metabólicos voláteis (Gerlach, 2005; Grocott, 2007), mas apresentam limitações como o aumento da incidência de antibióticos resistentes e os efeitos secundários, que podem ser evitados com doses baixas sem perder o efeito terapêutico em relação ao odor.

Pensos impregnados de prata exercem efeito antimicrobiano tem de ser ativada na sua forma iónica na presença de um ambiente de ferida aquoso que está contraindicado em feridas não cicatrizáveis (Grocott, 2007; Woo & Sibbald, 2010).

É consensual que o uso do metronidazol tem efeito no controlo do odor da ferida maligna, atuando sobre as bactérias anaeróbias e protozoários (Santos, Nobre & Pimenta, 2010; Gethin, 2011). Mas verifica-se uma diversidade de métodos e vias em como utilizá-lo não tendo todas a mesma aprovação.

O desbridamento pode ser usado para diminuição da carga microbiana (Gerlach, 2005), presente no tecido desvitalizado (Woo & Sibbald, 2010). O desbridamento, independentemente do método, tem de ser feito com cuidado pois, a lesão é friável com tendência a sangrar (Gethin, 2011), e nem sempre temos conhecimento das condições das estruturas debaixo do tecido desvitalizado ou necrosado.

O método de desbridamento mais consensual é o autolítico (Naylor, 2002; Seaman, 2006; Tandler & Stephen-Haynes, 2017), seguindo-se o enzimático (Naylor 2002; Gerlach, 2005).

Pasta de açúcar ou mel, técnicas usadas quase ancestrais têm vindo a adquirir popularidade (Naylor, 2002). Seja usado em gel ou em penso impregnado, de acordo com o nível de exsudado, são reportados relatos de dor aquando da aplicação (Gethin, 2011).

O uso de pensos impregnados de carvão ativado é talvez a intervenção com mais unanimidade pelos autores dos estudos selecionados (Naylor, 2002; Gerlach, 2005), seja como primário ou secundário (Seaman, 2006; Santos, Pimenta & Nobre, 2010; Gethin, 2011). Mas para manter a sua eficácia torna-se necessária a associação de um penso oclusivo para que o odor não passe para o ar (Naylor, 2002; Santos,



Pimenta & Nobre 2010; Woo & Sibbald, 2010; Tandler & Stephen-Haynes, 2017), uma vez que este atua por adsorção e não absorção (Grocott, 2007).

Santos, Pimenta & Nobre (2010) encontraram referência à pasta de curcuma.

O cadexômero de iodo para além de controlar o odor, também controla o exsudado, mas pode causar sensação de queimadura (Seaman, 2006).

Yian (2005), realizou um estudo de caso utilizando sacos de chá verde para controlo do odor e do exsudado, como penso secundário, da ferida maligna da mama.

Os cuidados após realização do penso são também importantes e inclui-se o remover este material logo após o procedimento para evitar a acumulação do odor contido no exsudado (Naylor, 2002), remoção de roupa suja e manutenção de contentores fechados (Gethin, 2011).

Existem ainda algumas medidas ambientais para reduzir o odor como os desodorizantes (Gerlach, 2005; Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

O uso de óleos essenciais (Santos, Pimenta & Nobre, 2010) é também sobejamente referido. Vaporizar a sala na altura da mudança do penso com óleos essenciais, queimar o óleo, misturar em cremes e aplicados na ferida ou colocar algumas gotas no exterior do penso, se cheiro passa (Gethin, 2011), são formas de utilização. O uso de óleos essenciais deve de ir de encontro à escolha do doente e deve-se ter precaução porque o cheiro intenso pode ser contraproducente (Gethin, 2011).

Absorventes de odor colocado debaixo da cama do doente têm também demonstrado eficácia como areia de gato (Seaman, 2006; Gethin, 2011; Woo & Sibbald, 2010), bicarbonato de sódio (Woo & Sibbald, 2010), e pedaços de carvão (Seaman, 2006; Gethin, 2011). Em relação a este último Woo & Sibbald (2010), referem que atua como filtro e não absorve o odor. Gethin (2011), refere ainda a colocação de recipientes com grãos de café ou espuma de barbear perto do doente.

## **Exsudado**

O elevado nível de exsudado está associado à anormal permeabilidade capilar dentro da lesão, sendo uma consequência da vasculatura desorganizada do tumor e das células tumorais que segregam fator de permeabilidade vascular (Naylor, 2002). Para além da desorganização dos vasos sanguíneos resultante do aumento tumoral, o processo inflamatório e a proliferação das bactérias também vão produzir exsudado (Tandler & Stephen-Haynes, 2017). Sem um controlo efetivo o exsudado

tem impacto físico e psicológico devido a fugas, sujidade, mudanças frequentes do penso ou reforços, maceração da pele circundante e cheiro (Grocott, 2007).

A aplicação de alginato, hidrófibras, espumas aquando a realização do penso é bastante aceite (Naylor, 2002; Woo & Sibbald, 2010).

Pensos superabsorventes baseados na tecnologia das fraldas (Woo & Sibbald, 2010), são mais recentes, podendo ainda se combinar material para exsudado moderado a elevado (Naylor, 2002), para otimizar os resultados.

Embora controverso o uso de pensos menstruais como pensos secundários podem ser vantajosos, pela capacidade de absorção, acesso, e por serem maleáveis na aplicação (Seaman, 2006), o uso de fraldas é ainda sugerido por Gerlach (2005).

Como já foi supracitado os sacos de ostomia e sacos de feridas (Naylor, 2002; Gerlach, 2005), são eficazes quando a lesão apresenta dimensões que permitam o seu uso.

## **Prurido**

O prurido em redor da ferida maligna pode ocorrer quando novos nódulos se formam na pele, bem como pela atividade tumoral (Naylor, 2002). Pensa-se que se deve ao fato da pele esticar, que por sua vez irrita as terminações nervosas, mas outras causas podem estar presentes como a escoriação da pele provocada pela presença de exsudado (Naylor, 2002).

O tratamento do prurido é geralmente difícil por que a causa está relacionada com a atividade tumoral e irritação, e não responde bem ao anti-histamínicos (Naylor, 2002; Grocott, 2007). No entanto a terapêutica anti-histamínica (ex. hidroxizina, difenidramina), encontra-se referenciada como estratégia de alívio do prurido (Gerlach, 2005). É de referir que este sintoma é talvez o menos referenciado em associação à ferida maligna e talvez por isso ainda não esteja devidamente documentado.

A administração de antidepressivos tricíclicos e da paroxetina pode ser também eficaz para o prurido, mas o seu uso está limitado pela sua toxicidade (Grocott, 2007)

Gerlach (2005), defende ainda o uso de cremes e loções, mas Naylor (2002), aconselha a aplicação de creme de mentol (à base de água) na área à volta da lesão, pois não só promove a hidratação como tem um efeito refrescante na pele. Naylor (2002), refere ainda a aplicação de folhas de hidrogel diretamente na ferida maligna, potenciando o seu efeito se se encontrar refrigeradas num frigorífico que não seja para acondicionar comida.

A Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea ou *TENS* pode ser uma ferramenta eficaz para o controlo do prurido (Naylor, 2002; Grocott, 2007), mas a localização na pele é de acordo com recetores locais na área da pele intacta e envolve um certo grau de tentativa erro, pelo que é importante envolver especialistas na sua aplicação e não elevar expectativas (Grocott, 2007).

## **Pele**

A pele circundante à maligna está também sujeita a trauma constante, que pela presença de exsudado que pela agressão do material de fixação. Proteger a pele com material barreira (Naylor, 2002), líquido, creme ou pomada (Seaman, 2006; Grocott, 2007), ou mesmo com produtos barreira próprios para ostomias (Seaman, 2006). Poder ser também colocada uma moldura à volta da lesão com hidrocolóide e fixar o penso nessa barreira (Naylor, 2002; Seaman, 2006; Woo & Sibbald, 2010).

Aplicação de óxido de zinco, acrilato de *petrulum* também contam com medidas de proteção da pele circundante à ferida maligna (Woo & Sibbald, 2010).

Se a causa da maceração de pele for o exsudado de usado material de penso absorvente, que deve ser mudado com regularidade, ou conter o exsudado com sacos próprios para ostomias ou sacos de feridas (Gerlach, 2005). O uso de material à base de silicone é uma vez mais uma mais valia para evitar traumas na remoção do material de penso.

Material alternativo como cuecas de rede, soutien, manga elástica, ligadura pode proteger ajudando na fixação do penso (Gerlach, 2005), ou afins, bem como roupa larga para evitar a fricção (Gerlach, 2005).

O uso de adesivo não está indicado, mas se este não puder ser evitado, o adesivo ser não traumático e microporoso, e pode-se colocar copolímero em filme antes para ajudar na fixação (Gerlach, 2005).

## **Abordagem emocional e social**

Para além dos sintomas físicos associados à presença da ferida maligna os doentes frequentemente deparam-se com problema psicológicos e sociais. Naylor (2002), afirma que problemas psicológicos podemos encontrar alteração da imagem corporal, negação, depressão, embaraço, medo, culpa, baixa autoestima e amor próprio, problemas com a expressão sexual, repulsa ou nojo e vergonha. Em relação aos problemas sociais podem estar presentes dificuldades na comunicação, impacto

na família, necessidade de informação, falta de recursos e suporte social, restrições na roupa pela presença do penso e isolamento social (Naylor, 2002).

Para avaliar a ferida maligna é necessária uma abordagem holística, que contemple não só a ferida bem como os seus efeitos psicológicos e os efeitos na vida social do doente (Naylor, 2002).

A comunicação deve ser aberta e honesta relativamente aos objetivos e decisões, e o toque pode ser uma ferramenta terapêutica (Naylor, 2002).

Nunca é demais salientar que se deve envolver doente e família nas decisões (Naylor, 2002), e mesma informação deve ser fornecida tanto ao doente como ao cuidado (Seaman, 2006). A educação deve ter também foco nos aspetos psicológicos de ter uma ferida maligna, contemplando objetivos realistas (Seaman, 2006).

Uma forma de reduzir o *stress* e a ansiedade à pessoa com ferida maligna é providenciar o suporte social adequado, bem como adaptar os cuidados de acordo com as crenças da pessoa (Naylor, 2002).

Ter atenção à aparência cosmética, usar material de penso flexível que possa disfarçar defeitos e proteger a roupa, para restaurar simetria promove a segurança da pessoa (Seaman, 2006). Assistir a pessoa e o cuidador com os sintomas de *distress* que a ferida maligna acarreta pode melhorar a qualidade de vida e contribuir para um bem-estar psicológico (Seaman, 2006).

## CONCLUSÕES

Com esta revisão *scoping* da literatura é notória a diversidade da intervenção de enfermagem face à complexidade inerente à pessoa com ferida maligna. Dos dados incluídos nos estudos analisados podemos catalogar as intervenções de enfermagem em três categoria diferentes, sendo estas a abordagem física, a abordagem dos sintomas e a abordagem emocional e psicológica, estando no entanto interligadas e dissociáveis. Podemos ainda dividir em subcategorias: a abordagem aos sintomas associados à ferida maligna em termos dos sintomas apresentados como a dor, hemorragia, odor/infeção, exsudado, prurido e pele circundante. Também estas subcategorias se interligam provando que temos que abordar a pessoa com ferida maligna com uma visão holística.

É constatável que muitas das intervenções propostas pelos diversos autores são interdependentes e requerem uma abordagem multidisciplinar, necessitando da equipa médica, serviço social, psicologia, etc. Embora se verifique consenso em muitas das intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna, existem em simultâneo, propostas contraditórias ou controversas, que carecem de mais investigação para confirmar a sua validade. No geral é perceptível uma preocupação transversal com a temática em revisão comprovada pela diversidade países em que os estudos foram realizados. As intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna apresentam-se como um desafio para todos os intervenientes (Woo & Sibbald, 2010), logo requerem conhecimento, competências e experiência (Grocott, 2007).

É evidente a diversidade das intervenções de enfermagem face à complexidade inerente à pessoa com ferida maligna. Dos estudos analisados podemos categorizar as intervenções de enfermagem em três categoria diferentes, sendo estas a abordagem física, a abordagem dos sintomas e a abordagem emocional e psicológica, estando no entanto interligadas e indissociáveis pelo que se torna necessária visão holística na abordagem à pessoa com ferida maligna com uma.

## IMPLICAÇÕES PARA A INVESTIGAÇÃO

Esta revisão da literatura traz enfatiza a necessidade de realização de investigação para clarificar as intervenções de enfermagem à pessoa com a ferida maligna. Verifica-se a necessidade de incluir metodologias de pesquisa com qualidade que permitam recomendações para a prática, pois é necessária evidência

que suporte a avaliação e gestão da pessoa com ferida maligna (Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

## IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Esta revisão *scoping* permite identificar intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna, na abordagem física, na abordagem dos sintomas associados e na abordagem emocional e social, incluindo em todo o processo a pessoa com ferida maligna e a sua família.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arambutu, A., Anón Orbegozo, Vera, J., Santamaria Andrés, E., Alos Moner, M., Ylla Boré, E., Ferrer Solá, M. ... Torra i Bou, J. (2004). Heridas Neoplásicas. In Soldevilla Agredo, J. & Torra di Bou, J. (Coord.). *Atención Integral de las Heridas Crónicas* (pp. 387-401). Madrid: Spanish Publisher Associetes, S.A.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017). *Cuidados Paliativos: O que são?* Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>, acedido a 30/05/2017.
- Haisfield-Wolfe, M. E. & Baxendale-Cox, L. M. (1999). Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 26(6), 1055-1064.
- Carduff, E., Jarvis, A., Highet, G., Finucane, A., Kendall, M., Harrison, N. ... Murray, S. (2016). Piloting a new approach in primary care to identify, assess and support carers of people with terminal illnesses: A feasibility study. *BMC Family Practice*, 17(16), 1-9.
- Dowsett, C. (2002). Malignant Fungating Wounds: assessment and management. *Journal of Community Nursing*, 7(8), 394-400.
- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds*. London. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>, acedido a 14/03/2017.
- Fernandes, J. (2016). Apoio à Fmilia em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp. 653–663). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.

- Gerlach, M. A. (2005). Wound care issues in the patient with cancer. *Nursing Clinics of North America*, 40(2), 295–323.
- Gethin, G. (2011). Management of malodour in palliative wound care. *British Journal of Community Nursing*, S28-36.
- Gomes, C. & Jesus, C. (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 953-969). Loures: Lusodidacta.
- González Barboteo, J. & Moreno Roldán, F. (2008). Problemas Dermatológicos:Úlceras Tumorales. In Porta, J., Gómez Batiste, X. & Tuca, A. (Eds.). *Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*, (2ªed.) (pp.275 -280). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Grocott, P. (2007). Care of patients with fungating malignant wounds. *Nursing Standard*, 21(24), 57-66.
- Krishnasamy, M. (2001). Wound Management. In Corner, J. & Bailey, C. (Eds.). *Cancer Nursing: Care in Context*, (pp. 376-382). London: Blackwell Science.
- Probst, S., Arber, A., Trojan, A. & Faithfull, S. (2012). Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association of Supportive Care In Cancer*, 20(12), 3065-3070.
- Krishnasamy, M. (2001). Wound Management. In Corner, J. & Bailey, C. (Eds.). *Cancer Nursing: Care in Context* (pp.376-382). London: Blackwell Science.
- Naylor, W. (2002). Malignant wounds: aetiology and principles of management. *Nursing Standard*, 16(52), 45–53.
- Santos, C. M. C, Pimenta, C. A. M. & Nobre, M. R. C. (2010). A Systematic Review of Topical Treatments to Control the Odor of Malignant Fungating Wounds. *Journal of Pain and Symptom Management*, 39(6), 1065–1076.
- Seaman, S. (2006). Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Seminars In Oncology Nursing*, 22(4), 185-193.
- Selby, T. (2009). Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nursing Times*, 105(18), 14-14.
- Rolland, J. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Cancer*, 104(S11), 2584-2595.
- Shulz, V., Triska, O.H. & Tonkin, K. (2002). Malignant wounds: caregivers-determined clinical problems. *Journal of Pain Symptom Management*, 24(6), 572-572.
- Tandler, S., & Stephen-Haynes, J. (2017). Fungating wounds: management and treatment options. *British Journal of Nursing*, 26(12), S6-S14.

- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Vicente, H. (2016). Feridas malignas. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I G. (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*, (3ª ed.) (pp.401-435). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. & Wagner, E. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 127(12), 1097-1102.
- WHO (2017). *WHO Definition of Palliative Care*. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, acedido a 29/05/2017.
- Woo, K., & Sibbald, R. (2010). Local wound care for malignant and palliative wounds. *Advances In Skin & Wound Care*, 23(9), 417-430.
- Yian, L. (2005). Case study on the effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds. *Singapore Nursing Journal*, 32(2), 42-48.



## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE I**

### **Documento de extração e descrição de dados**

**Tabela 1.** Documento de Extração e Descrição de Dados

<b>Título</b>	<b><i>Malignant Wounds: Aetiology and principles of management</i></b>
Autores	Naylor, Wayne
Ano	2002
País de Origem	Nova Zelândia
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Providenciar uma visão do desenvolvimento da ferida maligna e dos sintomas principais Aumentar o conhecimento e compreensão acerca dos princípios de gestão da ferida maligna Aumentar a consciencialização dos problemas psicológicos e sociais associados à ferida maligna
Conclusões	A gestão da ferida maligna tem por base o controlo sintomático e a abordagem dos problemas sociais. O controlo de sintomas pode ser atingido pela medicação e pela escolha do material de penso adequado. Um dos aspetos mais importantes é a avaliação da pessoa com ferida maligna.
<b>Título</b>	<b><i>Case Study on the Effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds</i></b>
Autores	Yian, Lee Geok
Ano	2005
País de Origem	China
Metodologia	Estudo de Caso
Objetivos	Avaliar a eficácia dos sacos de chá verde para controlo do odor da lesão maligna da mama. Determinar a frequência ideal de mudança dos sacos de chá verde Determinar a quantidade de exsudado absorvidos pelos sacos de chá verde

Conclusões	Os utentes ficaram satisfeito com a eficácia dos sacos de chá verde no controlo do odor e exsudado da ferida maligna da mama.
<b>Título</b>	<b><i>Wound Care Issues in the Pacient with Cancer</i></b>
Autores	Gerlach, Mary A.
Ano	2005
País de Origem	Estados Unidos da América
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Minimizar o impacto negativo da ferida e otimizar a qualidade de vida do doente oncológico com ferida
Conclusões	Os cuidados a feridas no contexto paliativo devem ser focados no conforto e qualidade de vida do doente e não na ferida.
<b>Título</b>	<b><i>Management of Malignant Fungating Wounds in Advanced Cancer</i></b>
Autores	Seaman, Susie
Ano	2006
País de Origem	Estados Unidos da América
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Rever a patopsicologia e avaliação da ferida maligna, bem como a gestão das intervenções dirigidas ao controlo da dor, odor e hemorragia local
Conclusões	A seleção do material de penso apropriado, a gestão dos sintomas e o apoio à família são aspetos crucias na gestão da ferida maligna na pessoa com cancro avançado.

<b>Título</b>	<b><i>Care of Patients with Malignant Fungating Wounds</i></b>
Autores	Grocott, Patricia
Ano	2007
País de Origem	Inglaterra
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Examinar a etiologia da ferida maligna e os três princípios essenciais da gestão e cuidados aos doentes
Conclusões	Os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação das necessidades dos doentes, em gerar dados acerca dos <i>outcomes</i> positivos que podem ajudara desenvolver novos produtos. Os cuidados à pessoa com ferida maligna requerem conhecimentos, competências e experiência. É importante o controlo de sintomas, a gestão do local da lesão, bem os cuidados psicológicos e físicos ao doente e família.
<b>Título</b>	<b><i>A Systematic Review of Topical Treatments to Control the Odor of Malignant Fungating Wounds</i></b>
Autores	Santos, Cristina Mamédio da Costa; Pimenta, Cibele Andrucioli de Mattos & Nobre, Moacyr Roberto Cuce
Ano	2010
País de Origem	Brasil
Metodologia	Revisão Sistemática da Literatura
Objetivos	Recolher evidência sobre o tratamento tópico para controlar o odor da ferida maligna
Conclusões	Existem pouco estudos com qualidade. Com evidência de grau B: metronidazol, mesalt, carvão ativado e unguento de curcuma.

<b>Título</b>	<b><i>Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds</i></b>
Autores	Woo, Kevin Y. & R. Gavin Sibbald
Ano	2010
País de Origem	Canadá
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Desenvolver competências nos cuidados locais a feridas maligna e paliativos
Conclusões	A gestão do doente com ferida maligna e paliativa é desafiadora. Uma abordagem holística é crucial para melhorar a qualidade de vida da pessoa com ferida maligna.
<b>Título</b>	<b><i>Management of Malodour in Palliative Wound Care</i></b>
Autores	Gethin, Georgina
Ano	2011
País de Origem	Irlanda
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Explorar as causas d odor e as estratégias adequadas para a sua gestão
Conclusões	A ferida maligna causa <i>distress</i> aos doentes e aos cuidadores. É necessária mais pesquisa para determinar a eficácia de muitos agentes na gestão do odor de feridas, em particular cuidados paliativos
<b>Título</b>	<b><i>Fungating Wounds: Management and Treatment Options</i></b>

Autores	Tandler, Suzanne & Stephen-Haynes, Jackle
Ano	2017
País de Origem	Inglaterra
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Discutir os desafios referentes à prestação de cuidados à pessoa com ferida maligna baseados na evidência
Conclusões	A formação para quem cuida da pessoa com ferida maligna é crucial, bem como encorajar os profissionais a estarem despertos para a evidência que suporta a avaliação e a gestão da ferida maligna.

**APÊNDICE IV**  
**Análise SWOT**



# Análise SWOT

## *Strengths* - Forças

- Identificação pelos elementos da equipa como sendo uma temática pertinente;
- Disponibilidade da equipa em participar nas atividades propostas;
- Área de interesse dos elementos da equipa, de enfermagem e médica;
- Interesse na temática pela chefia e pela Comissão de Feridas;
- Motivação da autora para a realização do projeto.

## *Weaknesses* - Fraquezas

- Alguns elementos da equipa fazem turnos no Hospital de Dia de Oncologia, podendo dificultar o acesso à informação;
- Renitência em adquirir novos conhecimentos por parte de alguns elementos;
- Dificuldade em assumir que os cuidados à ferida maligna não são com objetivo curativo;
- Absentismo de alguns elementos da equipa de enfermagem.

## *Opportunities* - Oportunidades

- Melhoria da prática baseada na evidência científica;
- Melhoria do controlo de sintomas associados à ferida maligna;
- Satisfação do utente e família.

## *Threats* – Ameaças

- Não existência de algum do material indicado para os cuidados à ferida maligna;
- Escassez de recursos.

## **APÊNDICE V**

### **Cronograma de atividades**

## Cronograma de atividades

[illegible]

**APÊNDICE VI**  
**Reflexão sobre a prática 1**

## DESCRIÇÃO

Esta reflexão foi elaborada de acordo com o Modelo de Reflexão Estruturada Ciclo de Gibbs, tal como as seguintes, e ocorreu após três interações distintas entre a minha pessoa, a enfermeira orientadora do local de estágio 1 e o senhor T. e a sua esposa. O senhor T. encontrava-se internado numa instituição dedicada a doentes oncológicos em Inglaterra, para controlo sintomático pois encontrava-se em progressão da sua doença oncológica. Nesta instituição a enfermeira especialista em VT, era contactada pelos serviços de internamento ou do ambulatório de forma a avaliar as lesões existentes, para depois delinear um plano de tratamento de forma a responder às necessidades detetadas.

No meu terceiro dia de estágio a colega especialista em VT, que eu acompanhava, foi contactada para avaliar a ferida maligna que o senhor T. apresentava na cabeça, um utente admitido num dos serviços de internamento da instituição.

O senhor T., de 69 anos de idade, encontrava-se internado para receber cuidados paliativos, encontrando-se em fase terminal da sua doença oncológica, estando tanto ele como a sua família, cientes desse facto. Tem como diagnóstico oncológico um angiossarcoma na cabeça. Segundo Mullins & Hackman (2015), o angiossarcoma da cabeça e pescoço é um sarcoma vascular raro associado a altas taxas de recidiva local e de metástases à distância, representando um mau prognóstico.

Esta patologia é decorrente das células endoteliais e representam menos de 2% de sarcomas dos tecidos, e menos de 1% de todas as patologias malignas da cabeça e pescoço (Mullins & Hackman, 2015). Pode surgir em qualquer parte do corpo, mas os locais mais afetados são a cabeça e pescoço, afetando geralmente o couro cabeludo e face, em pessoas com idade superior a 60 anos (Mullins & Hackman, 2015). É mais comum atingir homens do que mulheres e é um pouco mais frequente em pessoas caucasianas (Mullins & Hackman, 2015).

No primeiro dia que conheci o senhor T. este estava acompanhado pela sua esposa, ambos muito simpáticos e comunicativos. Referiram que, o facto de a lesão estar sempre a sangrar implicava muito desconforto, pois estava sempre a sentir-se molhado e sujeito diversas vezes ao dia aos tratamentos locais à lesão. O impacto visual de um penso constantemente repassado de sangue e fluxo do mesmo pelo pescoço manchando a roupa era também uma fonte de preocupação. Esta lesão,

muito extensa ocupando praticamente toda a cabeça do senhor T., encontrava-se muito sangrante, sendo esta hemorragia de difícil controlo, motivo pelo o qual tinha sido solicitado apoio diferenciado.

Nesta altura o senhor T. encontrava-se autónomo, necessitando apenas de uma pequena ajuda parcial para a satisfação das necessidades humanas básicas, ainda que pontualmente. Estava sempre acompanhado por elementos da sua família, estando inclusive num quarto particular de modo a permitir a sua presença e a manter a sua privacidade. Para o senhor T. a proximidade e o apoio da família eram fundamentais para enfrentar esta fase difícil das suas vidas, tendo receio que o aspeto do penso com sangue, e/ou da roupa suja pelo mesmo quando havia fugas afasta-se algumas pessoas.

Depois de se discutir com o senhor T. e a sua esposa os objetivos dos cuidados, foi consensual que a abordagem deveria ser centrada nos cuidados à lesão, com o objetivo de controlar a hemorragia, promovendo assim o conforto do doente.

Na semana seguinte fomos observar novamente o senhor T., para avaliar se os cuidados à sua ferida maligna necessitariam de ser adaptados. Nesta altura o senhor T. encontrava-se muito prostrado e pouco reativo. Segundo a informação da sua esposa, bem como da equipa de enfermagem a hemorragia da sua ferida maligna estava controlada com o tratamento delineado. Mais uma vez o conforto do senhor T. foi privilegiado, e foi unânime a decisão de não realizar naquele momento o tratamento local à ferida maligna, uma vez que o penso não se encontrava repassado e o doente estava calmo e sereno.

Devido à progressão da doença oncológica do Sr. T., fomos novamente observá-lo no dia seguinte. Era claro que o senhor T. estava nos últimos dias a horas de vida, não reagindo a qualquer estímulo, estando, no entanto, com um ótimo controlo de sintomas, aparentando mais uma vez estar calmo e sereno. Como o penso da ferida maligna do senhor T. estava limpo e seco, embora fosse notório algum odor emanado pelo mesmo, tanto eu como a colega que acompanhava fomos da opinião de não realizar o tratamento local da lesão, tal como no dia anterior. Desta vez, a esposa, e a filha, que também se encontrava presente solicitaram que o tratamento local à lesão fosse realizado, pois mais tarde viria mais familiares para se despedirem, crianças inclusive, e não queria que o cheiro da lesão os incomodasse.

Perante a solicitação da família foi respeitada a vontade da mesma, e foi realizado o tratamento local à lesão, pela equipa de enfermagem da enfermaria, sem que tenha havido, aparentemente, nenhum acréscimo de sofrimento para o doente.

Foi a primeira vez que a opinião acerca da abordagem a ter divergia entre os profissionais de saúde e a família, pois nesta fase não era já possível validar os cuidados com o senhor T., por este já não conseguir comunicar.

Cerca de dois dias mais tarde soubemos que o senhor T. faleceu, sem sofrimento e acompanhado de familiares.

## **PENSAMENTOS E SENTIMENTOS**

Esta última interação fez-me pensar muito. De facto, foram vários os sentimentos que tive na sua sequência, que curiosamente foram mudando à medida que refletia sobre a mesma.

Em primeiro lugar, e logo enquanto falávamos com a família do senhor T., pensei se seria lícito privilegiar o conforto da família em detrimento do conforto do utente. Ou seja, foi correto realizar o tratamento local à lesão maligna, podendo estar a causar dor ou desconforto ao senhor T., que se encontrava tranquilo, para que a sua família não se sujeitasse ao odor presente no quarto vindo da lesão?

Senti tristeza e culpa ao pensar que a minha intervenção não tinha sido a mais correta, por não ter protegido o senhor T. de um procedimento potencialmente causador de sofrimento. Pensei que não tinha acautelado os princípios preconizados por Ruland & Moore (1998): de não ter dor, pois a realização do tratamento local à lesão pode ser uma fonte de dor; da experiência de conforto, estando o senhor T. sem sinais de desconforto, as mobilizações necessárias mesmo não causando dor podem ser fonte de desconforto; e experiência de dignidade e respeito, na medida em que o senhor T. não pode opinar por se encontrar com a sua autonomia diminuída.

Depois de muito refletir senti vergonha de ter sido preconceituosa e de avaliar toda a situação à luz dos meus valores, dos meus pensamentos, do que talvez eu quisesse para mim se tivesse na mesma situação. Afinal de contas eu tive apenas uma oportunidade de comunicar com o senhor T., e três interações com a sua esposa, quem melhor que a família que conhece a pessoa para saber o que este desejaria, não seria eu certamente, que não tive a possibilidade de conhecer o senhor T. melhor. Sabemos perfeitamente que tanto a família como as pessoas mais próximas têm um papel crucial na vida das pessoas, em particular na sua fase final, pelo que nunca devemos tentar substituí-los, pois são eles quem melhor conhece o utente, pelo que a sua inclusão no plano terapêutico é muito importante (Fernandes, 2016).

Tendo em conta que tenho alguma experiência profissional, nomeadamente com doentes oncológicos em fase avançada da doença e com as suas famílias, considero que não deveria ter feito juízos, pois sei que cada pessoa é única, e cada família tem a sua dinâmica. Pois é na família que nos apoiamos para ultrapassar os momentos de crise ao longo do ciclo de vida (Fernandes, 2016), sendo mesmo a família o principal reduto de suporte quando estamos vulneráveis (Fernandes, 2016, citando Carvalho, 2012).

## **AVALIAÇÃO**

Como fatores facilitadores destas interações destaco a minha experiência profissional prévia, pois como exerço esta profissão há alguns anos, permitiu-me identificar mais rapidamente que estava a fazer juízos de valor e a não incluir a família no acompanhamento ao doente em fase terminal.

Estar acompanhada por uma profissional como muita experiência também facilitou, pois, a sua calma e ponderação, foram fundamentais em todo o estágio, bem como a discussão das interações após estas terem ocorrido.

A aprendizagem realizada durante a componente teórica deste percurso formativo deu-me não só os conhecimentos teóricos que me permitiram estar mais alerta para a especificidade do doente oncológico e da sua família, como me facultou competências, como o pensamento reflexivo essenciais para a reflexão sobre a prática. Segundo Abreu (2007), o pensamento reflexivo contribui não só para uma ideia mais informada, como também para uma ação futura mais consistente, uma vez que fornece o suporte para a afirmação da identidade profissional. O que é muito importante quando cuidamos de pessoas com ferida maligna, porque estas são causadoras de muito stress para os pacientes, família e profissionais (Krishnasamy, 2001).

Considero ainda como fatores facilitadores o facto da minha opinião não ter interferido nos cuidados ao senhor T., tendo sido respeitados os desejos da sua família de forma a promover a proximidade com as suas pessoas significativas.

Como fatores inibidores negativos saliento o *timing* em que ocorreram as interações, tendo em conta que este estágio foi de curta duração e as interações, como já referido foram, muito limitadas, não permitindo conhecer o senhor T. e a sua família.



Estar novamente numa posição de estudante, sem a autonomia profissional a que estou acostumada, num serviço ao qual não pertenço também influenciou a minha intervenção.

O entrave linguístico e as diferenças culturais, pois o local de estágio 1 localizava-se numa cidade em Inglaterra, poderão também ter sido fatores inibidores, pela existência de outros costumes, e por toda a comunicação ter sido realizada num idioma que não era o meu e que não dominava na sua plenitude. Para Querido, Salazar & Neto (2016, p.816), “a comunicação é um processo que permite às pessoas trocar informação sobre si mesma e sobre o que as rodeia (...) o valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente”. A comunicação constitui um instrumento terapêutico essencial, não só na transmissão de más notícias, como em todo o processo de relação e atenção aos utentes e suas famílias (González Barboteo & Gil Macayo, 2008). A comunicação é muito complexa, pois é dinâmica e multidirecional (Querido, Salazar & Neto, 2016), apresentando um grande desafio para gerir as expectativas da família, respeito pela sua vontade e promoção da dignidade em fim de vida.

## **ANÁLISE**

A Carta dos Direitos do Doente em Fase Terminal foi criada por Barbus (1975) e aprovada, num seminário intitulado “Paciente terminal, como ajudá-lo”, realizado em Lansing-Michigan. A sua criação teve como finalidade a sensibilização dos profissionais de saúde para os aspetos essenciais do cuidar a pessoa em fim de vida (Barber, 1975). Este documento tem vínculo estreito com a Declaração Universal dos Direitos do Homem, e alguns dos seus pontos remeteram-me para a situação supracitada, entre elas saliento, e em linhas muito sucintas, que a pessoa em fase terminal tem o direito a (Barber, 1975):

- Ser tratado como pessoa até ao momento da sua morte, o que implica a prestação de cuidados individualizados tendo em conta a pessoa;
- Não sofrer indevidamente, inclui não só o alívio da dor como de qualquer outra sintomatologia;
- Conforto e a companhia dos seus familiares e amigos ao longo de todo o processo de doença e no momento da morte, e nunca morrer só;
- Morrer em paz e com dignidade.

Posto isto considero que, contrariamente ao que pensei inicialmente, ao respeitarmos o pedido da família do senhor T., estávamos também a respeitar o seu desejo, o desejo de ter consigo a sua família e pessoas significativas. O senhor T. foi tratado como pessoa, recebendo cuidados individualizados, tendo em conta a sua vontade previamente manifestada. A promoção do seu conforto foi sempre o objetivo primordial, que foi acautelado e não foi prejudicado pela realização do tratamento local à ferida maligna. O facto de o odor da lesão estar controlado permitiu a experiência da proximidade às pessoas significativas promovendo a proximidade física e emocional (Ruland & Moore, 1998). Ruland & Moore (1998), afirmam na sua teoria do fim de vida tranquilo que as pessoas significativas devem de ser envolvidas na tomada de decisão em relação aos cuidados, e que a sua participação nos cuidados dever ser facilitada. Atingindo assim o senhor T. a experiência de estar em paz, nas suas componentes física, psicológica e espiritual (Ruland & Moore, 1998). Nunca é demais reforçar que as pessoas mais próximas e importantes para a pessoa podem contribuir para que viva com o máximo de bem-estar até ao momento da morte, pois a família tem como função proporcionar apoio e segurança aos seus elementos, e de proteger a saúde ao prestar cuidados necessários (Fernandes, 2016, citando Moreira, 2001).

Mesmo sendo esta uma fase complicada para a família, este período é “referido pelos familiares como um tempo único e gratificante, que contribui para o amadurecimento e crescimento pessoal e espiritual” (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010, p. 453).

Refletindo sobre os princípios éticos da não-maleficência e da beneficência, preconizados por Beauchamp & Childress (1994), permitiu-me concluir exatamente o mesmo, que a atuação, embora com algumas reticências iniciais da minha parte, foi a mais correta. Ora o princípio da não-maleficência diz-nos que não devemos causar o mal, ou seja, não devemos matar, ofender, incapacitar, causar dor ou sofrimento, nem privar outros das coisas boas da vida (Beauchamp & Childress, 1994). De acordo com Kipper & Clotet (1998), este princípio pode mesmo ser encarado como uma obrigação em não causar o mal a alguém.

Já o princípio da beneficência pode ser definido como o fazer o bem ao outro, prevenindo o mal ou dano, removendo o mal ou dano e fazer ou promover o bem, como referido por Beauchamp & Childress (1994). Este princípio tem implícitas algumas regras específicas, como proteger e defender os direitos do outro, prevenir ocorrência de danos, remover condições que causem danos aos outros (Beauchamp & Childress, 1994). Extrapolando para os cuidados de enfermagem ao senhor T.

implicaria o fazer o melhor para este quer a nível técnico, com a melhor técnica nos cuidados ao tratamento local da ferida maligna, incluindo a decisão de não realizar o mesmo, mas também fazer o melhor do ponto de vista humano da relação com os outros e com o seu meio. Talvez este princípio, seja até mais abrangente indo mais além do não causar desconforto, sendo necessário articular toda a panóplia de conhecimentos e habilidades profissionais para o benefício do utente, tendo em conta, a redução de risco associados aos nossos cuidados e a otimização dos ganhos aquando da tomada da decisão (Pessini & Barchifontaine, 1998).

Também o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), no artigo 108, que se reporta ao respeito pela pessoa em situação de fim de vida, afirma que o enfermeiro deve respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas.

## **CONCLUSÃO**

Após esta reflexão cheguei a algumas conclusões, que passo a citar. Reforcei a noção de que não posso deixar que os meus valores se sobreponham aos do utente e da sua família. Não aconteceu, mas podia ter posto em causa toda a relação que se estava a construir se tivesse insistido naquilo que eu achava ser melhor. Apesar desta realização não ser nada de novo, e consistir um ponto de enfâse no contexto académico foi bom lembrar na primeira pessoa, na prática, que não é apenas uma constatação teórica, mas uma ferramenta para a prática dos cuidados.

No seu todo, foi uma interação positiva pois não só constituiu um momento de crescimento pessoal e profissional, como foi promovido o conforto e a proximidade do utente às pessoas que lhe eram significativas.

Nunca é demais lembrar que a pessoa que se encontra em fase terminal tem necessidades específicas que aumentam à medida que a doença progride e que devemos acautelar, sendo elas: físicas, que se relacionam com a patologia e que aumentam à medida que a doença progride; espirituais, que muitas vezes se relacionam com o sentido da vida e da morte; e de ordem psicológica quando a pessoa toma consciência da irreversibilidade da doença e da proximidade da morte (Pacheco, 2002).

Ter sempre em conta a definição de cuidar como a valorização da relação interpessoal, o respeito pelos valores e cultura do utente e a sua participação nas decisões a tomar (Pacheco, 2002). Cuidar é também o desenvolver atitudes de

conforto e encorajamento, mesmo quando a cura já não é possível ajudando o outro a viver da melhor maneira até momento da sua morte (Pacheco, 2002).

Para Watson (2002, p.52):

o processo de cuidar indivíduos, famílias e grupos, é um enfoque importante para a enfermagem, não apenas devido às transações dinâmicas de humano-para-humano, mas devido aos conhecimentos requeridos, empenhamento, valores humanos, compromisso pessoal, social e moral do enfermeiro no tempo e no espaço.

Quando trabalhamos fora de uma unidade de internamento e a nossa intervenção reporta-se a diversas ações de consultadoria e intervenções de acordo com as necessidades torna-se mais difícil conhecer o utente e a sua família e estabelecer uma relação profícua para os cuidados. Sendo mais difícil, não é, no entanto, impossível, sendo necessário aproveitar ao máximo todos os momentos para comunicar. Para Riley (2000, p.15), “comunicar de forma responsável quando um problema tem de ser resolvido, significa comunicar de uma forma lógica baseada no nosso conhecimento de enfermagem e nos factos tal como se apresentam”.

Devido à especificidade da enfermagem, a comunicação com os doentes é extremamente difícil e exigente, e sem boas habilidades comunicativas torna-se difícil a obtenção e o fornecimento de informação terapêutica básica, a relação terapêutica, o apoio emocional e qualquer outro processo que implique a partilha de informação (González Barboteo & Gil Macayo, 2008).

## **PLANEAR A AÇÃO**

Conforme já referi esta reflexão permitiu uma evolução como profissional, mas também como pessoa. Levou a considerar conhecimentos que temos como adquiridos, mas que na prática, nem sempre articulamos, pelo menos num primeiro momento.

É importante não descorar a importância da família quando cuidamos de uma pessoa em fim de vida e em particular com ferida maligna, que muitas vezes é fonte de afastamento quer pelo impacto visual quer pelo odor que frequentemente a acompanha. A família é uma aliada fundamental para conhecermos o utente, principalmente quando este já não tem capacidade para comunicar e transmitir a suas vontades.

Na sociedade de hoje estamos cada vez mais em contacto com pessoas de outros países, etnia e cultura. Temos de estar cientes desta pluralidade para que

possamos adequar os cuidados às pessoas que cuidamos. Conhecer a pessoa no seu todo é fundamental para estabelecer uma relação terapêutica.

A discussão com os colegas sobre situações como esta é deveras importante para crescermos não só como profissionais, mas também para crescermos como equipa.

A comunicação é uma ferramenta imprescindível para toda a nossa atuação, mas esta não é um dom, a capacidade ou habilidade de comunicação pode aprender-se e treinar-se (González Barboteo & Gil Macayo, 2008). Já referi em outros momentos de reflexão que apesar de já ter realizado formação na área da comunicação, considero que nem sempre é fácil para mim estes momentos, que representam grandes desafios. Admito que para mim a comunicação foi sempre complicada devido ao receio de me expor. Por isso, é importante continuar a receber formação neste sentido e a treinar esta competência sempre que possível.

Comunicar de forma responsável quando um problema tem de ser resolvido significa comunicar de uma forma lógica baseada no conhecimento de enfermagem e nos factos tal como se apresentam (Riley, 2000). A eficácia da comunicação pode ser conseguida através da formação e do treino das equipas (Querido, Salazar e Neto, 2016), e da atenção aos utentes e suas famílias (González Barboteo & Gil Macayo, 2008).

Uma ferida maligna significa que a doença oncológica se encontra em progressão, logo é sinónimo de mau prognóstico (Gomes & Jesus, 2015), e esta realidade tem de ser tida em conta quando abordamos a pessoa com ferida maligna.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau.
- Barbus, A. J. (1975). The Dying Person's Bill of Rights. *The American Journal of Nursing*, 75(1), 99.
- Beachamp, T. L. & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4<sup>th</sup> ed.). New York: Oxford University Press.
- Fernandes, J. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3<sup>a</sup> ed.) (pp. 653–663). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Gomes, C. & Jesus, C. (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In Menoita, E.C. (Coord.), *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 953-969). Loures: Lusodidacta.
- González Barboteo, J. & Gil Macayo, F. L. (2008). Comunicación. In Porta, J., Gómez Batiste, X. & Tuca, A. (Eds.), *Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal* (2<sup>a</sup>ed.) (pp.275 -280). Madrid: Arán Ediciones, S.L.
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à Família. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.453–461). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>, acessado a 25/07/2018.
- Kipper, D. & Clotet, J. (1998). Princípios da beneficência e não-maleficência". In Costa, S. I. F., Garrafa, V. & Oselka, G. (Orgs.), *Iniciação à Bioética* (pp.37-51). Brasília, Conselho Federal de Medicina.
- Mullins, B. & Hackman, T. (2015). Angiosarcoma of the head and neck. *International Archives of Otorhinolaryngology*, 19(3), 191–195.
- Krishnasamy, M. (2001). Wound Management. In Corner, J. & Bailey, C. (Eds.), *Cancer Nursing: Care in Context* (pp.376-382). London: Blackwell Science.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspetiva ética*. Loures: Lusociência.
- Pessini, L. & Barchifontaine, C. (1998). *Problemas atuais de Bioética*. São Paulo: Edições Loyola.

- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.815-831). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Riley, J. (2000). *Comunicação em Enfermagem* (4ªed.). Camarate: Lusociência.
- Ruland, C. M. & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE VII**  
**Reflexão sobre a prática 2**



## DESCRIÇÃO

Esta reflexão ocorreu após duas interações diferentes no decurso do segundo estágio realizado. Num dos dias de estágio, quando acompanhava a colega na prestação de cuidados aos utentes internados, tínhamos ao nosso cuidado um utente com uma ferida maligna.

O senhor L., de 83 anos, tinha como diagnóstico um carcinoma da próstata, com metastização óssea, ganglionar e da cavidade oral. O cancro da próstata é a neoplasia mais comum em homens idosos, e é a segunda mais frequente no mundo ocidental (Stangelberger, Waldert & Djavan, 2008). A sua incidência tem aumentado na última década, sendo que se perspetiva que até 2050, o número de homens com mais de 65 anos, com cancro da próstata deverá aumentar 4 vezes em todo o mundo (Stangelberger, Waldert & Djavan, 2008).

O utente foi admitido na instituição por hemorragia intensa, pelo que fez transfusão sanguínea e já havia realizado radioterapia hemostática. Foi posteriormente transferido para o serviço de cuidados paliativos devido à progressão da doença.

O senhor L. encontrava-se muito prostrado, não reagindo a qualquer estímulo. O doente exibia uma ferida maligna na região auricular à esquerda, que apresentava exsudado esverdeado em moderada quantidade, sendo notório o odor associado ao mesmo. As intervenções mais adequadas para fazer face à avaliação que tínhamos feito ao utente, foram discutidas entre mim e a enfermeira orientadora, com as quais ambas concordámos e prestámos os cuidados locais à ferida maligna em conformidade. Segundo Naylor (2002), as feridas malignas são frequentemente associadas a múltiplos sintomas, sendo os mais comuns o odor, o exsudado, a hemorragia e a dor.

No dia seguinte a enfermeira que eu havia acompanhado no dia anterior estava de folga, pelo que acompanhei uma outra colega. Quando fomos prestar cuidados ao mesmo utente, para mim foi notório que havia um aumento do odor associado à ferida maligna, logo que entrámos no quarto, e claro mais acentuado ainda quando removemos o material de penso. O exsudado mantinha-se com as mesmas características e estava contido no material de penso.

O senhor L. mantinha-se prostrado e mais uma vez aparentemente confortável. Quando, tal como no dia anterior, avaliámos o utente e a sua ferida maligna, a colega que eu acompanhava nesse dia referiu que na sua opinião não havia cheiro nenhum,

em momento nenhum dos cuidados. Posto isto, disse à enfermeira a minha avaliação, comparando inclusive a diferença que detetei acerca do odor, que da minha perspetiva estava sim presente e quiçá mais acentuado.

Após discutirmos como proceder mantivemos a mesma abordagem, para posteriormente avaliarmos.

Devido ao estado de consciência do senhor L., não foi possível obter a sua opinião em relação ao dilema apresentado, se o odor da sua ferida maligna estava mais acentuado ou não. Nesse dia também não se encontravam familiares do senhor L. presentes para poderem auxiliar na avaliação do odor presente.

Quando voltei a fazer novo turno de estágio o senhor L. já havia falecido.

## **PENSAMENTOS E SENTIMENTOS**

Esta interação foi realmente uma fonte de reflexão acerca da prática dos cuidados, em diversos níveis.

Primeiro senti muita, mas mesmo muita confusão. Como é possível duas pessoas estarem perante uma pessoa com ferida maligna, com odor significativo, e termos uma avaliação tão díspar?

Depois instalou-se a insegurança. Pois se a avaliação de sintomas, tão necessária para delinear as intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna, está imbuída de tamanha subjetividade, como é que eu irei daqui para a frente ter certeza de que a estava a fazer corretamente?

Senti tristeza ao pensar que iria ficar logo limitada ao executar o primeiro passo para prestar cuidados à pessoa com ferida maligna, que é a correta avaliação da mesma. Para Dowsett (2002), uma avaliação detalhada da ferida maligna é necessária, e inclui localização, tamanho da lesão, percentagem de tecido desvitalizado, quantidade e tipo de exsudado, estado da pele circundante, natureza e tipo de dor e a presença de odor. Todos os referidos pontos são passíveis de serem avaliados de forma objetiva, mas e o odor? Como poderia fazer tudo a que me tinha proposto?

Sentimentos esses que foram exacerbados pela seguinte realização. Se duas pessoas distintas não conseguem acordar no nível de odor de uma ferida maligna, como será então para a pessoa que a carrega consigo? Deve ser um sofrimento atroz ter uma ferida maligna e percecionar um odor, sem ter certeza de como é que as pessoas ao redor o percecionam também. Senti uma angústia tremenda por todos os

utentes a quem já prestei cuidados e por aqueles que ainda irei conhecer. Pois independentemente da sua etiologia, o mau odor pode causar *distress* psicológico, vergonha, resultando numa imagem corporal alterada, depressão e isolamento social (Fletcher, 2008).

## AVALIAÇÃO

Como fatores facilitadores destas interações, saliento o ter estado acompanhada por duas enfermeiras que não só tinham muita experiência na sua área de intervenção profissional, como em ambas as ocasiões tiveram sempre como objetivo fazer o melhor pelo doente. Para além disso, tiveram para comigo uma postura acolhedora que facilitou a partilha de dúvidas e medos, permitindo que eu expressasse a minha opinião apesar de em alturas ser divergente.

A minha experiência profissional prévia, também me permitiu a ter uma visão da situação sem correr o risco de fazer juízos de valor.

Todo o trabalho de pesquisa que tinha feito até então, todos os trabalhos, todos os artigos e estudos consultados serviram de suporte para poder refletir acerca desta subjetividade inerente à avaliação do odor relacionado com a ferida maligna.

Como fatores inibidores negativos refiro uma vez mais, o estar novamente numa posição de estudante, mesmo tendo sido sempre tratada como par, e sempre tendo sentido que a minha opinião era valorizada e solicitada, num serviço ao qual não pertencia também influenciou a minha intervenção.

O facto do senhor L. estar impossibilitado de comunicar e de nos poder dizer qual a sua perceção em relação ao odor não permitiu contarmos com o seu *feedback*, nem em adaptar os cuidados de acordo com os seus objetivos. O mesmo é transversal à falta de contacto com a família do doente. Apesar de se verificarem outros sintomas associados a este tipo de feridas, os que causam mais *distress* ao utente são o odor e o exsudado (Naylor, 2002), e claro que para a sua família também. Uma boa gestão de sintomas é também importante para família, sendo que esta sente que muitas vezes as suas necessidades não estão a ser atendidas, entre elas incluem-se o controlo da dor, os sintomas físicos e o conforto, a nutrição, a higiene, a eliminação, os posicionamentos, suporte profissional, medidas de emergência e questões relacionadas com o odor (EONS, 2015, citando Bee et al., 2009).

O desafio em cuidados paliativos não é cicatrizar a ferida, mas melhorar a qualidade de vida dos utentes gerindo sintomas como o odor (Maund, 2008).

## ANÁLISE

A presença de odor em feridas é expectável, mas esse facto não evita que a sua presença não seja um problema para o utente e para a sua família (Fletcher, 2008). O odor associado à ferida maligna deve-se à colonização do tecido tumoral necrosado por bactérias anaeróbias, pode ser causador de *distress* para o doente, cuidador e família (Goode, 2004).

Podemos encontrar *Bacteroides fragilis*, *Prevotella spp.*, *Fusobacterium nucleatum*, *Clostridium perfringens* e *Anaerobic cocci* (Draper, 2005). O resultado da quebra das proteínas do tecido necrótico resulta na produção de um composto químico que emite um cheiro pungente (Draper, 2005). Bactérias aeróbias também podem estar presentes como *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, e ainda, *Pseudomona spp.*, mas o seu odor não é tão intenso.

É fácil de perceber como o odor pode afetar a pessoa com ferida maligna, principalmente numa época em que cada vez mais se dá importância à imagem corporal que temos e que transmitimos para os outros. A apresentação do corpo inclui as medidas que tomamos para atingir o corpo ideal como a roupa, o cheiro, a postura e o ambiente (Young, 2005). Segundo Young (2005), o cheiro de uma pessoa é um fator muito importante da apresentação do corpo.

Mas como é que cada um de nós percebe o odor que leva a avaliações distintas? Para Morris (2008), detetamos odores ou maus cheiros, quando inspiramos moléculas de determinado tamanho pelo nariz, e estas atingem os recetores olfativos, e aí registamos os cheiros através de um *continuum* de agradável até desagradável.

Existe ainda uma relação entre o olfato e as memórias e emoção, já documentado (Martin, Beshel & Kay, 2007). E ouvimos frequentemente as pessoas com ferida maligna a afirmarem que cheiram a carne podre, como se já tivessem morrido.

A avaliação do odor é um desafio enorme porque é difícil qualificá-lo e descrevê-lo, porque a percepção é individual, logo subjetiva (Benbaw, 2009). Esta constatação levou-me a procurar a definição de subjetividade, sendo esta carácter do que é subjetivo; características de uma opinião ou atitude marcada por sentimentos, impressões ou preferências pessoais (Dicionário de Língua Portuguesa, 2004).

Em sua oposição ser objetivo implica imparcialidade de opinião ou atitude que não se deixa influenciar por sentimentos ou preferências (Dicionário da Língua Portuguesa, 2004). Torna-se assim extremamente difícil avaliar um sintoma como o

odor, uma vez que os cheiros não são percebidos de forma igual por cada um de nós.

Para Draper (2005), o odor é difícil de ser avaliado de forma objetiva porque não existe uma medida definida que o permita medir e registar. Tanto a presença como a intensidade do odor é subjetiva, dependendo de inúmeros fatores, tais como a capacidade de o utente perceber o odor, que pode declinar com a idade, e pela percepção tanto dos enfermeiros como dos cuidadores (Holloway, Bale & Ballard, 2002).

Mas na área da saúde estamos habituados a avaliar o que é objetivo, com escalas, com a monitorização dos sinais vitais, com a contabilização de quantidade de drenados. Talvez estejamos pouco acostumados a lidar com sintomas que não se encaixam numa avaliação que temos como tradicional.

Está sobejamente relatado o impacto do odor na ferida maligna em que a pessoa até nem consegue olhar para a ferida por a achar repugnante, havendo até relatos de náusea associada, mas existe pouca investigação acerca dos efeitos de viver com uma ferida com mau odor (Draper, 2005).

## CONCLUSÃO

De uma forma geral, foi uma interação positiva pois fez-me olhar para o odor associado à ferida maligna de uma forma mais aprofundada, como ainda não tinha feito.

Cuidar da pessoa com uma ferida apresenta diversos desafios, e podemos dividi-los em: identificar e tratar a causa; manter relacionamento com os utentes que se sentem isolados; lidar com os aspetos psicológicos relacionados com o odor na presença do doente e lidar com o *distress* dos utentes e cuidadores (Morris, 2008, citando Bale et al., 2004).

É muito difícil objetivar a avaliação do odor associado à ferida maligna, e provavelmente nunca sejamos capazes de o fazer na sua plenitude, mas existem ferramentas que nos tentam ajudar a fazê-lo. Haugton & Young (1995), criaram uma escala própria para a avaliação do odor, a “*Odour assessment scoring tool*”, cuja adaptação existia na instituição onde realizei o respetivo estágio. Nesta escala estão preconizadas 4 categorias em que sem odor implica que o odor não é sentido, mesmo junto à cabeceira do doente, quando o penso é removido; ligeiro se o odor é sentido junto do doente quando o penso é removido; moderado se o odor é sentido na entrada

da sala (2-3 metros de distância do doente) quando o penso é removido, e forte se o odor é sentido na entrada da sala (2-3 metros de distância do doente) ainda com o penso intacto (Alexander, 2009).

Para Vicente (2017, p.193):

a avaliação da ferida maligna obviamente que se reveste de subjetividade, no entanto os enfermeiros, na sua grande maioria, quando utilizam escala do odor realçam a sua importância como ferramenta indispensável e facilitadora da percepção das alterações e controlo dos sintomas.

Os enfermeiros têm que adquirir a formação adequada de forma a estarem preparados, não só para dar resposta aos aspetos físicos, como aos aspetos emocionais (Young, 2005). Só assim vamos contribuir para um fim de vida tranquilo, em que o doente experiencie conforto, dignidade e respeito, na proximidade de todas as pessoas que lhes são significativas (Ruland & Moore, 1998).

Esta foi mais uma das situações que promoveram a minha evolução como profissional na área da enfermagem oncológica.

## **PLANEAR A AÇÃO**

Esta reflexão permitiu uma evolução como profissional. Fez-me refletir acerca da dificuldade que temos em avaliar o odor associado à ferida maligna, e talvez essa subjetividade esteja também presente, ainda que de menor forma, em todos os sintomas que avaliamos.

A avaliação do odor, embora imbuída de subjetividade é o primeiro passo para delineáramos as intervenções de enfermagem para lhe fazer frente. Para além do recurso à escala criada por Haughton & Young (1995), existe escala de avaliação do odor através do sistema TELER (2004), que é uma ferramenta não exclusiva para o odor, mas engloba várias dimensões da ferida, que inclui questões que podem ser dirigidas a todos os envolvidos, como o utente, a sua família e os profissionais de saúde que lhes prestam cuidados (Young, 2005). Apesar de nenhuma dar indicações para a prática podem ser muito úteis, na medida em que nos podem dar uma visão das mudanças ocorridas.

O impacto do odor na qualidade de vida da pessoa com ferida maligna tem também de ser avaliado, pois causam ansiedade pelo receio de que os outros sintam o cheiro, conduzindo ao isolamento (Young, 2005). O impacto físico também é importante na medida em que odor e gosto estão associados, podendo o mau odor

provocar náuseas e reduzir o apetite (Hack, 2003). Mais importante que a avaliação feita pelo o enfermeiro, é validar com a pessoa com ferida maligna, e com a família, a sua avaliação, pois é ela quem mais afetada está. Naylor (2002), sugere que se solicite autoavaliação aos utentes como uma forma de compreender o impacto da ferida maligna na qualidade de vida.

A ferida maligna tem também efeitos na família e nos enfermeiros que lhes prestam cuidados (Young, 2005), como pude constatar em primeira mão pela descrição acima descrita. Considero que o trabalho em equipa é fundamental, porque este é baseado num esforço conjunto, onde os objetivos são comuns, onde existe confiança, respeito, cooperação, comunicação aberta e clara entre os elementos (Abreu, Munari & Queiroz, 2008). Não esquecendo que os cuidados paliativos, contexto de cuidados do senhor L., englobam o trabalho em equipa como um dos quatro pilares (Neto, 2016).

Considero que para proceder a uma correta avaliação do odor associado à ferida maligna, temos de ter uma abordagem inclusiva de todos os elementos envolvidos, priorizando os desejos do utente, e discutindo em equipa para se encontrar um consenso e prestar os melhores cuidados possíveis. Ter a compreensão em como o odor da ferida maligna altera a imagem corporal, como avaliar e gerir permite aos enfermeiros a redução do seu efeito e oferece apoio emocional adequado aos utentes (Young, 2005).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, L. de O., Munari, D. B., Queiroz, A. L. B. de & Fernandes, C. N. da S. (2008). O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 58(2), 203–207.
- Alexander, S. (2009). Malignant Fungating Wounds: key symptoms and psychosocial. *Journal of Wound Care*, 18(8), 325-332.
- Benbow, M. (2009). Fungating Malignant Wounds and their Managenent. *Journal Of Community Nursing*, 23(11), 12-16.
- Browne, N., Grocott, P., Cowley, S., Cameron, J., Dealy, C., Keogh, A. ... Vowden P. (2004). Woundcare Research for Appropriate Products (WRAP): validation of the TELER method involving users. *International Journal of Nursing*. 41(5), 559-571.
- Draper, C. (2005). The management od malodour and exsudate in fungating wounds. *British Journal of Nursing*, 14(11), S4-S12.
- Dicionário Língua Portuguesa (2004). *Dicionário língua portuguesa: Dicionários Académicos*. Porto: Porto Editora.
- Dowsett, C. (2002). Malignant Fungating Wounds: assessment and management. *Community Nursing*, 7(8), 394-400.
- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds*. London. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>, acedido a 14/03/2017.
- Fletcher, J. (2008). Malodorous Wounds: assessment and management. *Wound Essentials*, 3,14-17.
- Goode, M. L. (2004). Psycological needs of patients when dressing a fungating wound: a literature review. *Journal of Wound Care*, 13(9), 380-382.
- Hack, A. (2003). Malodorous wounds – taking the patient's perspective into account. *Journal of Wound Care*, 12(8), 319–21.
- Haughton, W. & Young, T. (1995). Common problems in wound care: malodours wounds. *British Journal of Nursing*, 4(16), 959-963.
- Holloway, S., Bale, S., Harding, K., Robinson, B. & Ballard, K. (2002). Evaluating the effectiveness of a dressing for use in malodorous, exuding wounds. *Ostomy Wound Management*, 48(5), 22-28.
- Martin, C., Beshel, J. & Kay, L. (2007). An olfacto-hippocampal network is dynamically



- involved in odor-discrimination learning. *Journal of Neurophysiology*, 98(4), 2196-2205.
- Maund, M. (2014). Use of an ionic sheet hydrogel dressing on fungating wounds: two case studies. *Journal of Wound Care*, 17(2), 65–68.
- Morris, C. (2008). Wound odour: principles of management and the use of CliniSorb. *British Journal of Nursing*, 17(6), S38-S42.
- Naylor, W. (2002). Malignant wounds: aetiology and principles of management. *Nursing Standard*, 16(52), 45–53.
- Neto, I. G. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp. 1-22). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Vicente, H. (2017). Úlceras Malignas. In Parreira, A. & Marques, R. (Coord.) *Feridas* (pp.188-199). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.
- Stangelberger, A., Waldert, M. & Djavan, B. (2008). Prostate cancer in elderly men. *Reviews in Urology*, 10(2), 111–119.
- Young, C. V. (2005). The effects of malodorous fungating malignant wounds on body image and quality of life. *Journal of Wound Care*, 14(8), 359-362.

## **APÊNDICE VIII**

**Certificados do Simpósio APTFeridas SobreViver com Ferida,  
Curso Pré-Simpósio Material de Penso: Paradigma da Escolha e 2º  
Simpósio Internacional “Feridas em Boas Mãos”**

SIMPÓSIO APTFERIDAS '17

# SOBRE COM VIVER FERIDA

09 • 10 NOV.  
EXPONOR PORTO



Certifica-se que:

**Dora Lisa Rosmaninho Franco Coelho**

Esteve presente no

**Simpósio APTFeridas 2017 - "(Sobre)Viver  
com Ferida",**

que se realizou nos dias  
**09 e 10 de Novembro de 2017,**  
na Exponor, com a duração total de **16,5 horas.**

Porto, 10 de Novembro de 2017

Pe'l'A Comissão Organizadora



APOIO CIENTÍFICO

**FCT**  
Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia

SIMPÓSIO APTFERIDAS'17  
CURSO PRÉ-SIMPÓSIO

## MATERIAL DE PENSO PARADIGMA DA ESCOLHA



08 NOVEMBRO  
EXPONOR PORTO

CERTIFICADO

Certifica-se

que:

***Dora Lisa Rosmaninho Franco Coelho***

Participou no **Curso Pré-Simpósio APTFeridas 2017**, subordinado ao tema **"Material de Penso - O Paradigma da Escolha"**, que se realizou no dia **08 de Novembro** de 2017, na Exponor, com a duração total de **8 horas**.

Porto, 08 de Novembro de 2017






**HOSPITAL**  
Universidade Fernando Pessoa

Certifica-se que **Dora Coelho** participou no  
**2º Simpósio Internacional "Feridas em Boas  
Mãos"**, realizado no dia 6 de dezembro de  
2017, na **Escola Superior de Enfermagem de  
Lisboa**, em regime presencial.

Porto, 18 de dezembro de 2017

A ORGANIZAÇÃO  
Prof. Doutor Germano Couto

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Germano Couto', is placed over the printed name.

Hospital-Escola da Universidade Fernando Pessoa  
Avenida Fernando Pessoa, n.º150 | 4420-096 Gondomar  
geral.he@ufp.edu.pt | <http://he.ufp.pt>

**APÊNDICE IX**  
**Estudo de Caso**



8º Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Vertente de Oncologia

## **ESTUDO DE CASO**

Dora Coelho, n.º 7762

Lisboa

# ÍNDICE

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>3</b>
<b>2. AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA.....</b>	<b>4</b>
2.1. Dados Demográficos.....	4
2.2. Caracterização do Ambiente Familiar, Social e Habitacional.....	4
<b>3. HISTÓRIA DE SAÚDE.....</b>	<b>6</b>
3.1. Antecedentes Pessoais e de Saúde .....	6
3.2. Antecedentes Familiares.....	7
3.3. Vigilância de Saúde e Estilos de Vida.....	7
3.4. História de Saúde Atual.....	7
3.5. Organização e Articulação dos Cuidados.....	10
<b>4. PADRÃO DE VIDA QUOTIDIANO.....</b>	<b>11</b>
<b>5. IMPACTO DA DOENÇA.....</b>	<b>16</b>
<b>6. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM.....</b>	<b>22</b>
<b>CONCLUSÕES FINAIS.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>27</b>

## ANEXOS

ANEXO I – Avaliação da fadiga

ANEXO II – Avaliação da xerostomia

ANEXO III – Estadiamento da ferida maligna

ANEXO IV – Avaliação do odor da ferida maligna

ANEXO V – Avaliação da ferida maligna

ANEXO VI – Escala modificada de *Barthel*

ANEXO VII – Avaliação do estado mental

ANEXO VIII – Escala de *Morse*

ANEXO IX – Escala de *Braden*

ANEXO XI – Avaliação da dor neuropática – DN4

ANEXO XII – Escala de *Hamilton* para a ansiedade



## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – Genograma

APÊNDICE II – Ecomapa

APÊNDICE III – Avaliação da dor

# 1. INTRODUÇÃO

Este estudo de caso foi realizado durante terceiro estágio, que decorreu no local de estágio.

É fundamental refletir acerca do impacto do cancro na atualidade, pois é uma das principais causas de mortalidade e morbilidade no mundo, sendo WHO (2017). É responsável por cerca de 8,8 milhões de mortes em 2015 e é expectável que este número aumente até cerca de 7% nos próximos 20 anos (WHO, 2017). Consequentemente verifica-se que, que o número de internamentos quer a produção hospitalar, relacionados com doenças oncológicas, tem aumentado (Miranda & Portugal, 2015). Esta realidade traduz-se em doentes e famílias com as mais diversas necessidades, representando um desafio constante para os profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros. Sabemos que a par do aumento dos doentes com maiores necessidades de informação, também os profissionais reconhecem a necessidade de fazer mais e melhor (Miranda & Portugal, 2015).

A escolha da pessoa para a realização deste estudo de caso deveu-se a esta apresentar uma diversidade de características e complexidades, cuja análise se insere nos objetivos de aprendizagem. Foi obtido consentimento verbal da pessoa para a realização deste estudo de caso, que foi informada acerca do contexto em que o mesmo foi executado. Toda a informação foi obtida através de diálogos informais (com base no guião de colheita de dados fornecido), observação direta, recolha de dados do processo clínico e dos registos de enfermagem. Este trabalho inicia-se com a avaliação global da pessoa, seguindo-se a história de saúde, o padrão de vida quotidiano, o impacto da doença, intervenção de enfermagem, terminando com algumas as considerações finais a que cheguei acerca após a elaboração deste estudo de caso.

## **2. AVALIAÇÃO GLOBAL DA PESSOA**

### **2.1. Dados Demográficos**

A pessoa escolhida para o estudo de caso chamava-se D. T. (nome fictício), mas preferia ser tratado por D. Era do género masculino, tendo nascido em maio de 1972 (45 anos de idade), e a sua nacionalidade era portuguesa. Tinha como habilitações literárias o 9º ano de escolaridade e exercia funções como segurança, encontrando-se de baixa médica, estando em curso o processo do pedido de reforma por invalidez. Referia não ter nenhuma crença religiosa. O seu subsistema de saúde era Serviço Nacional de Saúde.

### **2.2. Caracterização do Ambiente Familiar, Social e Habitacional**

O senhor D. residia com a esposa e o filho, num apartamento de tipologia T2, com todas as condições de higiene, saneamento básico e eletricidade. A esposa do senhor D. também trabalhava, em horário diurno. O senhor D. não falava muito sobre a sua relação com a esposa, mas segundo a equipa de enfermagem era notório um distanciamento entre o casal, não havendo muita comunicação entre ambos aquando das visitas, apesar de tal, era a esposa a fonte de suporte e de cuidados do doente. O filho de 14 anos de idade, com quem mantinha fortes laços, estando a par da sua doença, não se queria inteirar da deterioração clínica do estado de saúde do seu pai. O filho do senhor D. costumava colaborar com os cuidados, faltando inclusive à escola para dar apoio ao pai, apresentando vômitos noturnos com frequência. Ora estes factos eram deveras preocupantes, sendo um alerta para o *distress* vivido por o filho do doente.

O senhor D. referia ter uma relação distante com os restantes membros da família, incluindo com os seus pais e com os seus sogros, mas tinha uma familiar que é enfermeira, cujo o parentesco não confirmou, que também dava apoio, tendo sido esta a alertar para a necessidade de apoio psicológico para o filho, devido aos sintomas supracitados, e para a esposa, por esta não conseguir dormir, referindo mesmo que para esta dormir mais do que 5 horas seguidas como algo inédito.

Afirmava ter amigos, mas nunca tinha sido muito social, e que desde que ficou doente se afastou deles, usando mesmo a expressão de estar “isolado”. Referia sentir falta de falar com pessoas, motivo pelo qual queria sair do quarto todos os dias e

deambular com a cadeira de rodas pelo corredor. Por esse mesmo motivo agradeceu os momentos de diálogo que tivemos e a sua colaboração para este estudo de caso.

Para que composição e as relações familiares sejam melhores percebidas foi elaborado um genograma (Apêndice I) e para perceber quais as interligações, influências e os recursos disponíveis foi elaborado um ecomapa (Apêndice II).

### 3. HISTÓRIA DE SAÚDE

#### 3.1. Antecedentes Pessoais e de Saúde

O senhor D. referiu como única patologia pré-existente a Neurofibromatose tipo 1. Esta patologia, também conhecida por NF1, é uma síndrome neuro cutâneo (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016a), e foi descrito pela primeira vez por Friedrichde Recklinghausen em 1882 (Hirbe & Gutmann, 2014).

A neurofibromatose tipo 1 tem como manifestações mais frequentes as cutâneas, oftalmológicas, músculo esqueléticas, cardiovasculares, neurológicas e tumorais, apresentando-se mais frequentemente com manchas café com leite em qualquer parte do corpo, neurofibromas cutâneos, subcutâneos e plexiformes (estes podem causar danos nos tecidos e nos órgão afetados, gliomas óticos, nódulos de *Lisch* (considerados uma boa ferramenta de diagnóstico, uma vez que 99% das pessoas afetadas os apresentam), escoliose e displasia tibial (Julian, Edwards & DeCrane, 2014)).

Os tumores malignos são a complicação mais temida da neurofibromatose tipo 1, em que as neoplasias mais frequentes são o glioma do nervo ótico (15 a 20%), o tumor maligno da bainha dos nervos periféricos (8 a 13%), os tumores gastrointestinais (4 a 25%) e os feocromocitomas (0,5 a 5%) (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016b).

Embora a origem genética da neurofibromatose tipo 1 tenha sido identificada no cromossoma 17, em 1987, o diagnóstico da doença ainda é baseado principalmente na observação física (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016a). É estimado que 3% a 5% dos tumores associados à neurofibromatose se vão tornar malignos, tornando necessária a vigilância (Julian et al., 2014).

O senhor D. não realizou qualquer procedimento cirúrgico anterior ao diagnóstico atual. No passado teve consumos tabágicos e etílicos esporádicos e apenas em contexto social.

Negou o consumo de qualquer substância aditiva e desconhecia a existência de alergias medicamentosos ou alimentares.

### **3.2. Antecedentes Familiares**

Não referiu antecedentes familiares, mas uma vez mais o senhor D. não quis falar sobre os familiares com os quais tinha uma relação distante. Mas sabemos que a neurofibromatose tem uma transmissão da patologia autossômica dominante, mas que 50% casos são esporádicos ou de novo, e estas pessoas têm história familiar da doença (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016a). Até ao momento o filho do senhor D. não apresentava qualquer sinal ou sintoma associado ao diagnóstico de neurofibromatose tipo 1.

### **3.3. Vigilância de Saúde e Estilos de Vida**

O senhor D. afirmou não ter hábitos alcoólicos e tabágicos, a não ser de forma esporádica e social, nem consumir outras substâncias aditivas. Referiu nunca ter tido preocupação em realizar uma alimentação muito saudável. Tinha por hábito ingerir pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar, mas quando se encontrava a trabalhar omitia refeições ou não cumpria o horário das mesmas.

Anteriormente à doença oncológica não recorria com frequência aos cuidados no centro de saúde. Não foi claro em relação à vigilância da sua patologia pré-existente, a neurofibromatose tipo 1, referindo diversas vezes não se lembrar, por já “não ter cabeça para isso”, sendo a esposa a detentora toda a informação sobre a sua situação clínica.

### **3.4. História de Saúde Atual**

O percurso da doença atual do senhor D. também não era muito claro, pois tal como em relação aos antecedentes de saúde, afirmava não se lembrar da informação. Durante as interações com o senhor D. nunca foi possível falar com a sua esposa nem com o seu filho.

Pelo discurso do senhor D. subentendeu-se que a história da sua doença oncológica era relativamente recente, remontado pelo menos a 2016. O senhor D. tinha como diagnóstico um tumor maligno da bainha dos nervos periféricos, também conhecido por MPNST ou neurofibrossarcoma da região para-vertebral esquerda, com metastização extensa nos tecidos moles paravertebrais e dorsais e um nódulo pulmonar único.

O neurofibrossarcoma é um tipo de sarcoma que se pensa ter a sua etiologia de células de Schwann (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016b). Consiste em

3% a 10% de todos os sarcomas e está quase sempre associada à neurofibromatose tipo 1, e sabe-se que a prevalência em pessoas com neurofibromatose tipo 1 é de 0,1%, sendo risco cumulativo ao longo da vida é de 8% a 13% (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016b). Este tipo tumores, em utentes com neurofibromatose tipo 1 estão presentes em menos de 5% dos utentes adultos e em menos de 2% das crianças (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016a).

A maioria dos tumores malignos da bainha dos nervos periféricos é o resultado da transformação maligna dos neurofibromas plexiformes e o diagnóstico precoce é um fator decisivo no prognóstico, mas também podem aparecer em neurofibromas subcutâneos e mesmo onde não há lesões anteriores (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016a). O mecanismo de transformação maligna de neurofibromas não é bem conhecido, mas a mutação do gene neurofibromatose tipo 1 em ambos alelos em tumores, juntamente com outros mecanismos epigenéticos, pode levar à mutação de outros genes importantes, como *p53* e *InK4A* (Hernández-Martín & Duat-Rodríguez, 2016a).

Estes tumores podem surgir em qualquer localização no corpo, mas o risco é aumentado em vinte vezes na área de um neurofibroma plexiforme interno já existente (Hirbe & Gutmann, 2014).

Esta doença oncológica é muito agressiva e a cirurgia é a única opção de tratamento curativo para os utentes. Mesmo com cirurgia as taxas de sobrevida global em cinco anos são baixas, apresentando uma mortalidade elevada em pessoas com neurofibromatose tipo 1 (Hirbe & Gutmann, 2014). É aconselhada uma avaliação por uma equipa multidisciplinar (neurologistas, radiologistas, cirurgiões, oncologistas e oncologistas de radiação para delinear o plano de tratamento (Hirbe & Gutmann, 2014). A radioterapia, segundo Hirbe & Gutmann (2014), pode atrasar o tempo de recorrência, mas não altera a mortalidade, já o uso de quimioterapia adjuvante é controverso, de acordo com os mesmos autores. A doença metastática deve ser também investigada, nomeadamente no pulmão e no osso (Hirbe & Gutmann, 2014).

À data do estágio realizado no local de estágio 3, o senhor D. encontrava-se internado num dos serviços de oncologia da instituição. Foi internado a 29-10-2018, depois de no dia anterior ter recorrido a outro serviço da instituição, para realização de penso da ferida maligna apresentada e para realização de transfusão sanguínea por baixa de hemoglobina (7,7m/dl). Encontrava-se com agravamento do estado geral marcado, com cansaço fácil, sudorético e prostrado. Nesta fase tinha como hipóteses

de diagnóstico provável situação de fim de vida *versus* quadro séptico reversível em relação com a ferida maligna.

No seguimento da ferida complexa da região dorso lombar iniciou acompanhamento no local de estágio 3, para acelerar o controlo sintomático da mesma, por apresentar exsudado em elevada quantidade e odor forte. O tratamento da lesão consistia na lavagem com soro fisiológico, aplicação de *octiset* (solução cutânea 1mg/ +20mg/ml) de dicloridrato de octenidina e fenoxietanol), metronidazol pomada, fraldas, grãos de café (em copos no quarto, e em cima do penso).

A avaliação correta da ferida é essencial para o controlo de sintomas. Uma avaliação abrangente tem em consideração componente, física, psicossocial e psicologia (EONS, 2015).

O odor pode ter um impacto extremamente negativo nas pessoas e na sua qualidade de vida, bem como para os cuidadores, pois pode causar sentimentos de culpa, repulsa e levar ao isolamento e à depressão (EONS, 2015). É comum a pessoa sentir vergonha por ter noção do odor associado à ferida maligna, pois é frequente a comparação do cheiro da ferida maligna com o cheiro a carne podre (Price, 1996).

As feridas malignas surgem em 14,5% das pessoas com doença oncológica avançada (Gomes & Jesus, 2015), sendo mais frequentes nos últimos 6 meses de vida (Haisfield-Wolte & Rund, 1997, citados por Dowsett, 2002). Significam que a doença oncológica está em progressão, logo são sinónimo de mau prognóstico (Gomes & Jesus, 2015). A cicatrização da ferida maligna provavelmente não ocorrerá, pois esta está relacionada com a progressão da doença oncológica (Naylor, 2005).

Apresentava dor, principalmente na região dorsal, lombar e sacral com irradiação para o membro inferior esquerdo, referindo sensação “tipo vidro” ao toque. A dor, embora melhorada desde o início do internamento, ainda não se encontra controlada tendo sido feitos diversos ajustes nas dosagens. No domicílio encontrava-se medicado com cetamina, hidromorfona, gabapentina, paracetamol e morfina (sevredol 20 mg em SOS, que fazia com regularidade). Teve perfusão de alfentanilo, mas mais tarde foi realizada rotação para morfina, por ter tido necessidade de seis doses de resgate de morfina durante uma noite, e foi iniciada perfusão de midazolam durante a noite.

Por apresentar períodos de confusão, mais acentuados durante o período noturno, tinha prescrição de midazolam e haloperidol, que surtia pouco efeito. Também referia dificuldade em adormecer por não ter uma posição confortável, no



domicílio já estava medicado com trazodona e amitriptilina, e no internamento olanzapina cuja dose teve de ser reajustada.

O senhor D. encontrava-se também medicado com furosemida, devido a edemas acentuados nos membros inferiores, tinha aporte de oxigénio por cânula binasal (baixo débito), e hidratação por cateter venoso central implantado.

Por suspeita de quando séptico associado à ferida maligna, foi prescrita antibioterapia sistémica com ceftriaxone e metronidazol, e posteriormente iniciou administração de levofloxacina.

Teve um internamento anterior, em agosto do mesmo ano, por hemorragia de difícil controlo com origem na ferida maligna, o que não se verificava na altura do estágio 3. O senhor D., posteriormente a este internamento, já se encontrava a ser seguido pela equipa de cuidados paliativos da instituição, que manteve o seguimento durante o internamento. Para a IAHP (2019), cuidados paliativos são cuidados holísticos e ativos, dirigidos a pessoas com sofrimento intenso resultante de doenças graves, principalmente que estejam em fim de vida, para que se melhore a sua qualidade de vida, bem como das suas famílias e cuidadores.

### **3.5. Organização e Articulação dos Cuidados**

Os cuidados de saúde foram fundamentais no acompanhamento do senhor D., sendo notório o seu agrado pela articulação realizada pela equipa do local de estágio 3 na articulação dos cuidados com os elementos da equipa de enfermagem da enfermaria. A articulação de todas as equipas envolvidas nos cuidados do senhor D. foram sobejamente cruciais, para a gestão e para a continuidade dos mesmos.

O senhor D. sempre se sentiu muito apoiado pela instituição, retirando muito prazer da interação que tinha com os outros doentes e com os profissionais, dizendo mesmo “já me conhecem, animam-me”. Aludia a sentimentos de familiaridade com equipa de outro serviço, onde teve um internamento prolongado, chegando a ter sido ponderada uma transferência.

Manteve o acompanhamento pela oncologia médica, psicologia, equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos.

Reconhecia as suas limitações físicas, e que não tinha condições para manter os cuidados de que necessitava no domicílio. Aceitou encaminhamento para uma unidade cuidados paliativos, solicitando, no entanto, apoio para abordar a esposa sobre tal.

#### 4. PADRÃO DE VIDA DO QUOTIDIANO

Sabemos que a entre a saúde e a doença é um processo difícil e complexo, que pode ser influenciado por diversos fatores facilitadores ou inibitórios, mas que igualmente alteraram as necessidades básicas e a forma como estas eram realizadas pelo senhor D. Segue-se avaliação de como o senhor D. realizava as suas necessidades básicas:

**Respirar:** cansaço fácil a esforços moderados, apresentando uma frequência respiratória de cerca 19 ciclos por minuto, necessitando de aporte de oxigénio a baixo débito, devido a períodos de dispneia. Necessitava de períodos de descanso para prosseguir com atividades. Mencionou que cada vez se sentia mais cansado, avaliando-se o nível de fadiga no nível 8 (Anexo I), através de uma escala numérica, conforme indicado por Galvão & Pazes (2016). A fadiga nos doentes com cancro tem uma prevalência até 96% e a sua etiologia é multifatorial, estando relacionada com a doença e os sintomas não controlados, alterações eletrolíticas, infeção, malnutrição, tratamento anti tumoral e efeitos secundários da medicação (Galvão & Pazes, 2016). Por o senhor D. apresentar também respiração ruidosa, foi instituída administração de butilescopolamina. A respiração ruidosa ou estertor é frequente em utentes agónicos, e é causada pelos ruídos produzidos pela passagem do ar, durante a inspiração e expiração, pela dificuldade do utente em expelir ou deglutir as secreções (Neto, 2016a).

Para Azevedo (2006), a dispneia é a sensação subjetiva de falta de ar e dificuldade respiratória, e é um sintoma que traz sofrimento não só para o utente como para a sua família. A sua incidência encontra-se entre os 48 e os 70%, sendo um sintoma frequente na pessoa em fase terminal. A mesma autora refere que a oxigenoterapia pode ser um recurso para aliviar a dispneia, mas que se verifica o uso desta opção de forma excessiva e por vezes desnecessária (Azevedo, 2006). Feio (2016), afirma mesmo que o seu uso é duvidoso, sendo parcial a sua evidência. Apenas o utente pode determinar a dispneia pois este é um sintoma multifatorial e complexo, que não tem relação com dados objetivos (Feio, 2016). De salientar que o senhor D. já estava medicado com terapêutica opióide, que não só controlava a dor, bem como a dispneia.

**Comer e beber:** o senhor D. não sabia quanto pesava, e era difícil avaliar pois apresentava edemas acentuados nos membros inferiores e a ferida maligna, muito extensa, cujo o penso era bastante volumoso. Não foi possível pesar o senhor D., pelo

que não foi avaliado o índice de massa corporal. Apesar de tolerar a dieta apresentava pouco apetite, que poderia levar a anorexia. A anorexia, que segundo Gonçalves, Rosado & Custódio (2006), é um estado severo de má nutrição, causado por uma pobre ingestão de alimentos e pelas alterações metabólicas e hormonais, devido à presença do tumor, e atinge 80 a 90% dos utentes em fase terminal. Esta anorexia, e a exigência metabólica aumentada pela presença da ferida maligna, pressupunha uma ingestão de refeições regulares e lanches para assegurar as necessidades energética do utente (EONS, 2015).

Manifestava a necessidade de molhar a boca diversas vezes, por sentir a mesma seca e “encortiçada”, devido a xerostomia de grau I (Anexo II). A xerostomia é um sintoma prevalente nos doentes com cancro avançado, e consiste na sensação subjetiva de secura na boca, em que nem sempre se verifica ausência de saliva (Fradique, 2016). Ingeria líquidos, e tolerava-os, mas pouco de cada vez. Estava a fazer hidratação por via endovenosa através de cateter venoso central implantado. Tem de ter sido em conta a existência da ferida maligna, pois a perda de líquidos pela lesão, nem sempre é reconhecida como uma causa de desidratação (EONS, 2015), ao mesmo tempo o facto do senhor D. apresentar edemas acentuados nos membros inferiores, e sintomas respiratórios, requeria um equilíbrio da ingestão de líquidos, principalmente numa fase avançada da patologia oncológica.

**Manter a temperatura corporal:** não apresentava alterações da temperatura corporal, sendo capaz de reconhecer sinais e sintomas de mudanças da mesma, e tendo competências para atuar convenientemente. Quando não o conseguia fazer, solicitava auxílio para o mesmo.

**Manter-se limpo e proteger os tegumentos:** o senhor D. necessitava de ajuda de terceiros, pois não conseguia higienizar-se de forma independente. Apresentava pele hidratada, mas pálida e sudorética devido ao esforço ao mobilizar-se e devido à dor. As mucosas (exceto nas mucosas oral) encontravam-se coradas e hidratadas.

Apresentava ferida maligna na região dorsal, lombar e sacral, sendo esta uma ferida maligna de grau 4 (Anexo III), apresentando sinais e sintomas associados como dor, exsudado, odor forte (Anexo IV) e provável infeção superficial, mas sem hemorragia como avaliado através da mnemónica HOPES (Anexo V). Esta ferida maligna não era passível de ser mensurada, pela sua grande extensão, ocupando toda a região dorsal e lombar, e apresentando invasão da região sacral. Tinha apresentação tanto ulcerativa como exofítica. Praticamente todo o tecido era necrótico, apresentando exsudado em elevada quantidade. O senhor D. não referia

dor aquando a realização do tratamento local à ferida maligna, não necessitando de terapêutica de resgate previamente à sua realização. Sem hemorragia observada nesse internamento. O exsudado e odor levaram a ponderar presença de infeção, estando já instituída antibioterapia por via sistémica e por via tópica. A pele perilesional encontrava-se macerada pelo que foi aplicado óxido de zinco para proteção.

Para controlar o odor, para além da aplicação tópica de metronidazol, foram colocados em copos, pelo quarto, grãos de café para absorver o odor. Também foram colocados grãos de café no exterior do penso, para o mesmo efeito. Segundo Salama & Davis (2015), podemos recorrer ao uso de produtos aromáticos com o objetivo de esconder o odor, como as velas com cheiro, grãos de café, ou outros. O uso de adsorventes como carvão ou areia de gatos na proximidade dos utentes também são eficazes (Salama & Davis, 2015; EONS, 2015).

Devido à extensão da lesão e nível de exsudado verificou-se dificuldade em encontrar material para a realização do tratamento local. Apesar do uso deste tipo de material ser controverso, foram utilizadas três fraldas grandes (retirando a parte plástica para não macerar a pele), com o consentimento do doente. Com esta estratégia conseguiu-se revestir toda a lesão como manter o penso integro, permitindo a sua realização a cada dois dias. A EONS (2015), afirma mesmo que o uso de pensos menstruais são uma ação eficaz não só porque têm uma boa absorção como são de fácil acesso e de custo comportável.

**Movimenta-se e manter a postura correta:** o senhor D. tinha dificuldade em encontrar uma posição confortável na cama, devido à dor. Ficava mais confortável na cadeira de rodas, o que também lhe permitia mobilizar-se pelo corredor da enfermaria. Necessitava, no entanto, de ajuda total para as transferências. Tentava alternar decúbitos de forma independente, mas para que o fizesse de forma eficaz necessitava de ajuda de outros. Antes do agravamento o estado geral conseguia deslocar-se de canadianas, mantendo a sua independência. Apresentava nível de dependência total de acordo com a escala modificada de *Barthel* (Anexo VI). Por vezes eram observadas mioclonias dos membros.

**Eliminar:** referia obstipação devido à imobilidade, que agravou após os ajustes da terapêutica opióide. A obstipação é comum no doente com cancro avançado, devendo-se a menor ingestão de alimentos e fibras, a falta de exercício e aos medicamentos (Twycross, 2003). Foi colocada drenagem vesical devido a episódio de retenção urinária, que pode ter sido causada pela terapêutica opióide, que pode afetar a função da bexiga Twycross (2003).

**Vestir-se e despir-se:** necessitava de terceiros para a sua realização. O senhor D. vestia pijamas largos, ou roupa desportiva, pois só conseguia usar vestuário largo, preferindo calções devido aos edemas dos membros inferiores. Usava sapatilhas para conferir mais estabilidade aquando das transferências.

**Evitar perigos:** o senhor D. encontrava-se consciente, e orientado no espaço, tempo e pessoa na maior parte do tempo. Tinha episódios de confusão mental, que se foram intensificando, e que ocorriam com maior frequência no período noturno. Foi feita tentativa de aplicar o mini-teste do estado mental (Anexo VII), mas o senhor D. recusou fazê-lo. Tomava a medicação rigorosamente e de acordo com a prescrição.

Durante o internamento teve uma queda devido às limitações físicas apresentadas, consequente foi avaliado o risco de queda através da escala de *Morse* (Anexo VIII), demonstrando risco elevado para ocorrência de nova queda. Foi ainda avaliado o risco de úlceras por pressão, através da escala de *Braden*, revelando alto risco de desenvolvimento de úlceras por pressão no adulto (Anexo X). Existia ainda o risco de infeção das vias urinárias por estar algaliado, ter acesso venoso central implantado em uso e por estar em ambiente hospitalar.

Não nos podemos esquecer que o senhor D. referia dor na região dorsal, lombar e sagrada, o que acarreta riscos na medida em que este sintoma afeta todas as dimensões da vida humana. Cecily Saunders (Neto, 2016b), introduziu o conceito de dor total (física, social, espiritual e psicológica), sendo que a dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual atual ou potencial, ou descrita em termos de tal dano (IASP, 1994). Este é um sintoma frequente no doente oncológico, sendo comum a coexistência de mais do que uma dor um simultâneo (Twycross, 2003). Após a avaliação da dor do senhor D. (Apêndice III e Anexo XI) verificou-se que este apresentava dor nociceptiva somática associada a distorção lesão dos tecidos e dor neuropática associada a compressão ou lesão dos nervos (Twycross, 2003).

**Comunica com os seus semelhantes:** o senhor D. mantinha um discurso coerente e orientado, a maior parte do tempo, articula as palavras adequadamente, expressando-se de forma audível e perceptível. Era comunicativo, mas não apresentava facilidade em expressar sentimentos e preocupações. Estava registado episódios de ansiedade noturna, mostrando sinais de ansiedade leve de acordo com a escala de *Hamilton* (Anexo XII). O senhor D. referia que a sua ansiedade estava relacionada com a dificuldade em comunicar com a esposa e pelo seu prognóstico. A ansiedade pode surgir após um diagnóstico de doença grave, por incapacidade de

controlar a situação, insegurança, medo, e até mesmo como consequência de conspiração do silêncio, sendo um sintoma comum em cuidados paliativos (Bernardo, Leal & Barbosa, 2016). Gostava de comunicar com os profissionais de saúde e com os outros utentes, motivo pelo qual queria fazer levantar diariamente.

**Dormir e repousar**: referia insónia durante a noite e sonolência durante o dia. A dor é que o impedia de dormir pois tinha dificuldade em encontrar uma posição confortável no leito. Tinha terapêutica prescrita que vinha a ser otimizada, não estando ainda a insónia completamente controlada. Segundo Bárrios (2016), a abordagem à insónia em cuidados paliativos é complexa, pois esta pode ser multifatorial, e o seu controlo pode influenciar, mas medidas terapêuticas instituídas. As perturbações de sono afetam não só o doente, como muitas vezes afetam os familiares (Bárrios, 2016), como era referido pela esposa do senhor D., ser inédito dormir 5 horas seguidas.

**Praticar a sua religião e agir segundo as suas crenças**: o senhor D. não tinha crenças religiosas. Apesar de não ter conseguido abordar a sua dimensão espiritual, era notório que, mesmo não verbalizando muito sobre a proximidade da morte, que o senhor D. se questionava sobre o porquê de ter uma doença grave nesta fase do seu ciclo de vida. Para Barbosa (2016, p.742), a espiritualidade é:

uma perspetiva pessoal e complexa, abrangente, multidimensional, sistémica e integradora da experiência humana que, através de processos de questionamento e reflexão, contemplação, meditação ou oração, avalia os aspetos materiais existenciais (...) da vida, conduzindo à consciência da transcendência nas suas dimensões: biográfica, situacional, ou cósmica ajudando a manter a relação consigo próprio, com os outros, com entidades superiores ou forças vitais, para procurar eventuais significados e propósitos de vida, sentimentos de ligação/conexão e de paz interior.

**Ocupar-se tendo em vista a realização de passatempos**: Evitava comunicar com os amigos pessoalmente, estabelecendo contacto apenas por telefone. Passava os dias no leito e na cadeira de rodas, distraíndo-se com o telemóvel e com a televisão. Não tinha nenhum passatempo, a não ser conversar com os outros utentes internados e com os profissionais de saúde.

**Sexualidade**: o senhor D. tinha vida sexual ativa antes da patologia, mas não se mostrou muito à vontade para abordar esta esfera da sua vida pessoal.

**Morrer**: tinha consciência do seu diagnóstico e conhecimento da possibilidade de morrer da sua patologia.

## 5. IMPACTO DA DOENÇA

O diagnóstico de cancro e os tratamentos consequentes desencadearam um processo de mudança no senhor D. As inúmeras mudanças drásticas, ocorridas num espaço de tempo muito curto trouxeram inúmeras limitações à sua vida. Penso que o senhor D. ainda se encontrava em processo de adaptação à doença e às limitações consequentes do mesmo, não tendo ainda atingido um equilíbrio, pois mesmo sabendo o seu diagnóstico e prognóstico referia que gostava de ainda estar a trabalhar, o que demonstrava uma dualidade entre o real e o desejado.

O senhor D. encontrava-se consciente e orientado, embora com períodos de confusão, nomeadamente no período, tinha conhecimento da sua situação de doença oncológica através da informação veiculada pelos profissionais de saúde, mas não procurava ativamente mais informação. Para Barbosa (2016b), o evitamento ou denegação são estratégias adaptativas utilizadas quando o doente perceciona uma ameaça e adia o confronto com a mesma ao evitar situações e pensamentos potencialmente causadores de ansiedade. Também Buckman (1998), no passo três do seu protocolo SPIKES, para a comunicação de más notícias, preconiza que devemos tentar saber o que a pessoa deseja saber, devendo sempre deixar oportunidades em aberto no caso de este desejar receber a informação posteriormente.

O senhor D. referia tristeza com a progressão da doença, o julgo ser expectável e até mesmo inimaginável para quem está de fora da situação de doença, pois, as ocorrências e emoções são uma experiência pessoal e individual Ruland & Moore (1998). Gostaria de ainda ir à sua terra natal onde tinha uma casa, mas reconhecia que não tinha condições para tal.

A experiência de ter um diagnóstico de uma doença oncológica trouxe muitas alterações, sendo esta uma das mudanças mais marcantes da sua vida. Com ela, vieram muitas modificações, como, perda de independência, mudou o seu papel de pai e de esposo. A doença é também caracterizada por mudança súbita de papéis resultante das limitações físicas que dela sucederam, e sentimentos como medo, choque, revolta, angústia, acompanham-na. Sabemos que o processo de morte envolve uma diminuição das funções corporal e do controlo sobre as mesmas, o que para os doentes e sua família pode levar a sentimentos de humilhação, *distress* e dor (Ruland & Moore, 1998).

Após o diagnóstico de doença oncológica, dá-se um período inicial de negação, seguindo-se uma fase de *stress* agudo, incluindo ansiedade, raiva e protesto; culpa,

depressão, exaustão e desconforto físico podem ser estar presentes (Pereira & Lopes, 2002).

A relação com a esposa, que já era distante, ficou ainda mais, e referia dificuldade em comunicar com ela acerca do futuro. O cancro altera a dinâmica familiar pré-existente, tanto pela positiva como pela negativa (Twycross, 2003), e pode exacerbar problemas já existentes. Para Fernandes (2016), o equilíbrio familiar, independentemente da sua estrutura e composição, será perdido perante uma doença grave e morte.

Na verdade, “família e amigos desempenham um papel primordial na manutenção de um equilíbrio físico e psicológico e assumem por excelência um ponto de apoio”, embora a doença oncológica possa aproximar como pode afastar algumas famílias (Matos & Pereira, 2005, p.39). De facto, “a experiência de cancro é um acontecimento de vida que requer uma adaptação quer do próprio doente quer da própria família” (Matos & Pereira, 2005, p.71). É certo que a família é o pilar para o doente para os cuidados do mesmo, mas o impacto da doença depende da fase de desenvolvimento em que a família se encontra na altura do diagnóstico da doença, da forma como a dinâmica familiar é afetada e do significado que é atribuído à doença em termos de identidade familiar (Pereira & Lopes, 2002).

O apoio familiar era considerado pelo senhor D. como fundamental para enfrentar a doença e os tratamentos, tendo sido um fator que facilitava este processo. Mas este afirmava que a relação com a esposa lhe causava ansiedade. Talvez esta relação previamente distante influenciava este facto, pois a natureza e qualidade das relações sociais e familiares são fatores que podem influenciar a integração do doente na família (Fernandes, 2016). Incluem-se ainda outros fatores como a personalidade o doente; o seu comportamento e da família a perdas anteriores; a estrutura familiar e ciclo de vida; nível de suporte da comunidade; e problemas familiares concretos (Fernandes, 2016).

A adaptação da família a situações complexas é também afetada pela estrutura familiar, repartição do trabalho, situação socioeconómica, etnia, valores, crenças e atitudes perante a doença e saúde (Fernandes, 2016). A ansiedade pode estar relacionada com a incerteza, o medo do futuro e com a ameaça da separação dos entes queridos (Twycross, 2003). Para Ruland & Moore (1998), a pessoa em fim de vida deve estar em paz, com calma, harmonia, contentamento, sem ansiedade, inquietação, preocupações ou medos; o que, apesar de desejável provavelmente seria



mais difícil de ser atingido na sua plenitude, devido à idade e à fase do ciclo de vida do doente.

Desde o agravamento da doença que já não existia sexualidade. A vivência da sexualidade é um dos aspetos essenciais do desenvolvimento humano (Macieira & Maluf, 2008). As pessoas a quem é negado carinho e intimidade física, devido a cirurgias mutiladoras e doença crónica potencialmente fatal são extremamente vulneráveis à depressão, também o seu parceiro pode necessitar de apoio para explorar novos modos para expressar o seu amor e atingir gratificação sexual (Fallowfield, 1990, citado por Sutherland, & Gamlin, 1999).

O fato da esposa, e até o filho desempenharem o papel de cuidadores interferiu com a relação. O cuidador familiar é o membro família envolvido na prestação de cuidados ao doente, incluindo a gestão de sintomas, de equipamentos e apoio social e emocional (Given & Sherwood, 2011). Mesmo sendo um papel muitas vezes assumido de forma inconsciente (Volpato & Santos, 2007) os cuidadores necessitam também de atenção. A esposa do senhor D. refere não conseguir dormir muito tempo de seguida, o que poderá levar a uma sobrecarga do cuidado e ao esgotamento físico da mesma, interferindo com a saúde mental dos cuidadores familiares (Cunha, Freitas & Oliveira, 2011). Sem esquecer que o cuidador vivência as mesmas fases de aceitação da doença pelos quais passa o doente (Cunha et al., 2011).

Receava que o seu filho fosse prejudicado por não o acompanhar como antes, e das repercussões em assistir ao seu sofrimento. É sabido que doença de um dos progenitores afeta a vida dos filhos. Mudanças de vida como a doença e o seu tratamento afetam toda a família, especialmente crianças e adolescentes que reagem tanto a nível emocional como de comportamento (Buchbinder, Longhofer & McCue, 2009), o que pode ter impacto na qualidade de vida do doente.

O cancro parental na fase da adolescência pode ser um desafio devido à natureza dinâmica desta altura da vida, já de si caracterizada por um desenvolvimento significativo a nível cognitivo, emocional e social (Palmer, Patterson & Thompson, 2014). A busca para estabelecer uma identidade individual, a educação e procura de emprego, a formação de relações íntimas, e o atingir a independência financeira vai dificultar quando um dos progenitores tem cancro (Zebrack, 2011). Para além disto, as responsabilidades adicionais em casa podem fazer com que o adolescente fique mais ligado na família, numa altura em que devia procurar mais autonomia (Grabak, Bender & Puskar, 2007).

Foi referido que o filho do senhor D. não queria ter informação acerca da situação clínica do pai. Não temos informação suficiente para afirmar que o filho do senhor D. se encontrava em negação, pois como adolescente, estava a vivenciar alterações e a ter comportamentos inerentes a essa etapa da sua vida. Em 1969, Kübler-Ross definiu as cinco fases do luto, sendo estas a negação, raiva, a negociação, a depressão e a aceitação. Para Twycross (2003), a negação é um mecanismo de defesa comum, que diminui a realidade ameaçadora ao ignorá-la, e é usada pelos utentes e familiares refletindo o conflito entre o desejo de saberem a verdade e o desejo de evitarem a ansiedade. É uma forma de se adaptarem à situação, podendo ser necessária uma intervenção especializada se a negação persistir (Twycross, 2003). O senhor D. já tinha acompanhamento psicológico desde 2016, e tanto a esposa como o filho iniciaram o mesmo posteriormente.

Existe também, socialmente, uma negação da morte, sendo esta encarada como um tabu, pois quanto mais a ciência avança mais medo temos e negamos a realidade da morte (Kübler-Ross, 1981).

Não nos podemos esquecer que o senhor D. se afastou de todos os amigos, tanto por não ter condições físicas para estar com eles, como por não querer que a vejam debilitado. A doença oncológica traz consigo uma carga emocional e social, e assume uma representação social com forte componente simbólica (Pereira & Lopes, 2002). Ao mesmo tempo referia a necessidade de socializar, enfatizando o apoio que recebe de outros doentes e dos profissionais de saúde, pois o ser humano tem necessidade de se relacionar com outros, na medida em que vivemos numa matriz de relações que são fundamentais para o crescimento (Barbosa, 2016b). Promover a proximidade às pessoas significativas, sejam família ou amigos deve ser incentivada pois a proximidade é o “sentimento de conexão a outros seres humanos que se preocupam (Ruland & Moore, 1998, p.172), envolve a proximidade física e emocional que é expressada através de relações calorosas e íntimas.

Sentia falta da vida ativa que tinha antes de adoecer, inclusive sente falta do seu trabalho. Ter deixado de trabalhar, fazia senti-lo uma pessoa menos produtiva quer para o lar, quer para a sociedade. Ressentia-se por não contribuir para as despesas do lar, apesar de receber a baixa por doença. Nunca tinha estado sem trabalhar devido a doença e sentia-se incomodado, pois considerava que uma pessoa da sua idade não devia ter limitações físicas, o que também era uma confrontação com a proximidade da morte numa idade jovem.

A ferida maligna apresentada pelo senhor D., apesar da sua dimensão, dor e odor intenso, não é para ele a fonte principal de desconforto. Não nega que esta lhe traz não só sofrimento físico, como emocional, pela possibilidade saída de exsudado ou de cheiro, pois “de todas as lesões experienciadas pelos indivíduos com cancro, talvez a mais stressante para os pacientes, família e profissionais são as feridas malignas” (Krishnasamy, 2001, p. 381). Dor, tumores visíveis, exsudado com odor, degradação estética exterior, diminuição da autoestima, perda de funcionamento sexual, pavor do contágio e dificuldade na comunicação, que se verificam em diversos cancros, contribuem para esta doença mantenha um estigma social (Rowland & Holland, 1990). Embora o significado do diagnóstico de cancro seja individual, pois é influenciado por todas as vivências da pessoa, o apoio na dimensão social vai exercer também uma forte influência sobre o mesmo.

Referia o que o incomodava mais eram os edemas dos membros inferiores, que devido à sua dimensão limitavam muito a sua mobilidade e independência. Ter a dor, ou qualquer outro sintoma controlados é a parte central da experiência de muitos doentes em fim de vida, sendo o conforto muito importante nesta fase, para a vida do utente se torne mais agradável (Ruland & Moore, 1998).

Apesar de saber que tem uma doença em progressão, tem esperança que readquira novamente alguma independência. Para Querido (2016), a esperança é inata ao homem, estando associada as diversas componentes da sua vida, como pessoa, profissional, familiar e social, e apresenta uma conotação positiva em relação ao futuro, podendo não ser centrada na cura, mas sim no conforto. Para Twycross (2003), o doente oncológico faz esforço permanente para integrar a vida na perspetiva das questões supremas ligando a sua espiritualidade ao significado e finalidade da vida.

Com a experiência de vida do senhor D. podemos dizer que a doença oncológica, produz um impacto profundo em todas as dimensões da pessoa e da sua família, a nível físico, psicológico, espiritual e social (McCray, 2000). A doença muda toda de vida do doente e da sua família, que vivenciam esta nova etapa de uma forma única, adaptando-se de acordo com as suas crenças, valores e experiências anteriores.

As mudanças significativas na vida, através da alteração de processos, papéis ou estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, podendo originar mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social (Abreu, 2008).

De facto, foram várias as mudanças na vida do senhor D. devido à sua doença, tendo em conta a fase do ciclo de vida como o deixar de trabalhar e contribuir financeiramente para o lar. A relação com a esposa alterou-se ainda mais, passando de parceiro a objeto de cuidados, bem como a relação com o filho que passou de dependente a também cuidador, alterações essas que na mesma medida foram essenciais para a sua adaptação à sua nova situação. A sua representação social também foi alterada, ao afastar-se dos seus amigos, apesar de tentar manter esta esfera da sua vida através da socialização com os outros doentes e com os profissionais de saúde.

Só conhecendo as vivências do doente oncológico e da sua família vida, é que podemos almejar realizar cuidados individualizados e adequados às necessidades, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos doentes oncológicos em fim de vida. Nunca esquecendo que cada doente terminal deve ser “respeitado e validado como um ser humano” (Ruland & Moore, 1998, p.172).

## 6. INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

É importante refletir sobre a essência de cuidar o doente a família na fase final da vida, pela essência e significado para a enfermagem e para os cuidados da pessoa com doença oncológica.

Segundo Collière (1989), o cuidar é a essência da enfermagem e sempre esteve ligado à sua prática, sendo esta a mais velha do mundo. O cuidar é, e será sempre necessário para os indivíduos e para a perpetuação de todo o grupo social (Collière, 1989). Para Frias (2003, citando Watson, 1985), o cuidar em enfermagem está relacionado com a resposta humana subjetiva às condições de saúde/doença e das interações pessoa/ambiente.

Segundo Neves & Pacheco (2002), os enfermeiros assumem o compromisso de cuidar de pessoas, e dessa forma visam a promoção da sua qualidade de vida, e que "este é o domínio genérico do agir profissional – o locus onde se junta a ética da promessa e o compromisso do cuidar" (Neves & Pacheco, 2002, p.34).

O momento do cuidar implica não só uma ação, como uma escolha quer do enfermeiro quer do doente (Frias, 2003). Para (Watson 1985), o próprio momento do cuidar tem um âmbito que transcende o momento em si, permitindo o encontro dos dois intervenientes bem como a expansão dos seus limites e das capacidades de cada um" (Frias, 2003). Mas o cuidar requer uma reflexão, uma intencionalidade, uma ação, uma procura de novos conhecimentos (Frias, 2003).

Para Hesbeen (2000, p.9), "os cuidados designam o ato de estar atento a alguém ou a alguma coisa para se ocupar do seu bem-estar ou do seu estado, e designam os atos através dos quais se cuida nas diferentes fases da vida. Os cuidados de enfermagem assumem uma dimensão vasta e complexa, com um carácter universal e multidimensional (Collière, 2000), o que assume ainda mais relevância no contexto da doença oncológica, cujo impacto atinge as pessoas com uma tremenda magnitude.

Os enfermeiros são dos profissionais de saúde com quem os doentes mais durante a fase de adaptação à doença, e para Ruland & Moore (1998), necessitam de compreender e interpretar a complexidade da situação e dos fatores que contribuem para um fim de vida tranquilo. Os cuidados de enfermagem requerem conhecimentos acerca do controlo de sintomas, mas também incluem a consciencialização, a sensibilidade e a compaixão (Ruland & Moore, 1998).

A formação acerca dos cuidados em fim de vida é fundamental para que os enfermeiros possam auxiliar os doentes a evitar sofrimentos desnecessário e para que possam tratar dos mesmo co dignidade, respeito e empatia, pois a pessoa em fim de vida e a sua família sentem medo, preocupações e passa pelo luto (Ruland & Moore, 1998).

“...os enfermeiros terão sempre a possibilidade de fazer mais alguma coisa por alguém, de o ajudar, de contribuir para o seu bem-estar, para a sua serenidade, mesmo nas situações mais desesperadas (Hesbeen, 2000, p.47).

A essência da enfermagem centra-se na natureza humana, no cuidar profissional e na construção de relações terapêuticas, envolvendo processos de tomada de decisão complexos (Johnston, 1999).

Mas para que possamos cuidar da pessoa com doença oncológica temos de avaliar as suas necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais (Lugton & Pearce, 1999). Benner, Tanner & Chesla (1996), notaram que o aspeto central do julgamento clínico dos enfermeiros peritos é o “conhecer o doente”, o que significa conhecer os seus padrões típicos de resposta e conhecer o doente como pessoa (Lugton & Pearce, 1999). Os enfermeiros acabam por conhecer os doentes de um modo que é essencial para planear e conduzir os seus cuidados (Lugton & Pearce, 1999). Esta abordagem centrada na pessoa tem sido encontrada como a maior fonte de satisfação das pessoas com os cuidados de enfermagem (McCance & McCormack, 2006).

A avaliação das necessidades dos utentes e família requer uma grande sensibilidade e competências por partes dos enfermeiros (Lugton & Pearce, 1999), o que nem sempre é fácil quando estamos perante uma pessoa que não se deixa conhecer na sua plenitude. Claro que é necessário tempo estabelecer uma relação terapêutica que permita esse conhecimento para obtermos resultados eficazes para os cuidados.

Curry (1995), refere que, de acordo com a maioria dos investigadores, o enfermeiro é o candidato mais provável para satisfazer as necessidades da família. O enfermeiro é o elemento da equipa de saúde que tem uma relação mais próxima, pois é o que lhes presta cuidados mais diretos. Esta posição privilegiada permite-lhe conhecer melhor o doente e a sua família, e toda a sua envolvência, o permite identificar as necessidades por eles sentidas de forma mais eficaz e completa.

Os cuidados de enfermagem são cruciais para se atingir um fim de vida tranquilo. As enfermeiras avaliam e interpretam pistas que refletem a experiência de

fim de vida das pessoas e intervêm adequadamente para atingir ou manter uma experiência tranquila, mesmo quando a pessoa não consegue comunicar (Ruland & Moore, 1998).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não foi fácil realizar este estudo de caso, talvez por estar perante uma pessoa jovem, que apesar de querer comunicar ao mesmo tempo não deixar abordar algumas esferas da sua intimidade. Mas permitiu-me ultrapassar um pouco mais o meu receio de abordar certas questões com uma pessoa jovem, como tive o privilégio de conhecer a sua história, que ele tão gentilmente partilhou comigo. Tive o privilégio de realizar o ensino clínico num serviço onde se realiza uma abordagem que vai muito além da competência técnica, mas que se encontra repleta de competência humana na intervenção à pessoa com doença oncológica e sua família. A equipa de enfermagem da enfermaria onde o senhor D. se encontrava internado também foi facilitadora, pela abertura à minha presença e aprendizagem, como pela sensibilidade, fruto de uma vasta experiência, no cuidar de pessoas com doença oncológica em fim de vida. Relembro que, ao discutirmos a situação clínica do senhor D., me informaram que num dia em que este precisava particularmente de apoio, uma colega sentou-se com ele a tomar chá, pois o senhor D. referia precisar de companhia. Sabemos o quão difícil é, tendo em conta a nossa realidade profissional encontrar tempo durante um turno para tomar chá com um utente, mas julgo ser esta a melhor demonstração de cuidar.

A doença oncológica pode significar uma adaptação a uma nova realidade ou algum tipo de limitação, quer pela necessidade de vigilância da saúde, quer por algum tipo de condicionante pelo tumor ou pelo tratamento.

O cuidar pode ser definido como a prestação de atenção global e continuada ao doente, sem esquecer que mais do que tudo que este é uma pessoa (Pacheco, 2002). Mas para que o possamos fazer, precisamos de possuir um conhecimento profundo acerca do doente e da sua família, de modo a ir de encontro às necessidades por eles apresentadas.

Cuidar é fundamental para o nosso desenvolvimento e realização enquanto pessoa e implica valorização pela relação interpessoal, respeito pelos valores e cultura do doente e participação deste na tomada de decisão (Pacheco, 2002, citando Mayeroff, 1990), mas implica também um conhecimento científico profundo acerca da patologia oncológica e dos cuidados a realizar aos doentes, sendo estes baseados na melhor evidência científica.



Torna-se crucial, como enfermeira conhecer os utentes e as suas famílias, pois só assim poderemos conhecer as suas necessidades e, como o ponto A1.1.1 do Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista estipula, desenvolver estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente (OE, 2010).

Para terminar não posso deixar de refletir sobre a importância do rastreio precoce. A deteção precoce do cancro tem duas componentes, o diagnóstico precoce, quando o cancro é identificado cedo, e o rastreio, que visa a identificação de pessoas com anormalidades sugestivas de cancro ou por cancro, mas que ainda não desenvolveram sintomas, para referenciá-los para diagnóstico e tratamento (WHO, 2017).

Sabemos que o senhor D. tinha como antecedentes pessoais neurofibromatose tipo 1, estando em risco acrescido de desenvolver a doença oncológica acabou por ter. Será que poderia ter sido detetada a doença se tivesse havido uma vigilância eficaz? Não temos essa resposta, nem sabemos se o senhor D. estava alerta para realidade.

O Programa Nacional para as Doenças Oncológicas afirma que “o rastreio do cancro permite detetar a doença ainda em fase subclínica e tem como objetivo reduzir a mortalidade por cancro através de um diagnóstico cada vez mais precoce da doença e das lesões precursoras” (Miranda & Portugal, 2015, p.7). O *National Cancer Institute* (2017), estima que cerca de 3 a 35% de morte prematuras poderiam ter sido evitadas através do rastreio.

Para Mahon (2000), existe um número crescente de oportunidades e desafios para os enfermeiros da prática avançada na área da prevenção e rastreio do cancro. Os enfermeiros desempenham um papel fundamental na prevenção e deteção precoce do cancro (Jennings-Dozier & Mahon, 2002).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2008). *Transições e Contextos multiculturais: Contributo para a Anamnese e Recurso aos Cuidadores Informais*. Coimbra: Formasau.
- Azevedo, P. (2006). Dispneia. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.177-187). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Barbosa, A. (2016a). Espiritualidade. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.737-780). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Barbosa, A. (2016b). Se pessoa, vulnerabilidade e sofrimento. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.665-690). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Bárrios, H. (2016). Perturbações do sono em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.281-296). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (1996). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgement ant ethics*. New York: Springer Publising.
- Bernardo, A., Leal, F. & Barbosa, A. (2016). Ansiedade. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.249-255). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Buchbinder, M., Longhofer, J. & McCue, K. (2009). Family routines and rituals when a parent has cancer. *Families, Systems & Health*. 27(3), 213-227.
- Buckman, R. (1998). Communication in Palliative Care: a practical guide. In Doyle, D., Hanks, G. & MacDonald, N. (Eds.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (pp.141-156). Oxford: OxfordUniversity Press.
- Collière, F. (1989). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato do Enfermeiros Portugueses.
- Cunha, D., Freitas, L. & Oliveira, M. (2011). *Familiar cuidador de paciente com doença terminal frente ao processo de adoecimento*. Psicologia.pt - O Portal dos Psicólogos. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0246.pdf>, acedido a 12/06/2017.
- Curry, S. (1995). Identifying family needs and stresses in the intensive care unit. *Bristish Journal of Nursing*, 4, 15-19.
- Dowsett, C. (2002). Malignant Fungating Wounds: assessment and management. *Journal of Community Nursing*, 7(8), 394-400.

- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds*. London. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>, acessado a 14/03/2017.
- Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.367-399). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Feio, M. (2016). Dispneia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.219-229). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Fernandes, J. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp. 653–663). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Frias, C. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte*. Loures: Lusociência.
- Galvão, C. & Pazes, C. (2016). Astenia/Fadiga. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.211-217). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Given, B. & Sherwood, P. (2011). Family and Caregivers needs over the course of the cancer trajectory. *Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 57-54.
- Gomes, C. & Jesus, C (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In: MENOITA, E.C. (Coord.), *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 953-969). Loures: Lusodidacta.
- Gabiak, B. R., Bender, C, M. & Puskar, K. R. (2017). The impact of parental cancer on the adolescent: an analysis of literature. *Psychooncology*, 16(2), 127-137.
- Gonçalves, M.J., Rosado, J. & Custódio, M.P. (2006). Anorexia/Caquexia. In Barbosa, A. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (pp.167-175). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Hernández-Martín, A., & Duat-Rodríguez, A. (2016a). Neurofibromatosis tipo 1: más que manchas café con leche, efélides y neurofibromas. Parte I. Actualización sobre los criterios dermatológicos diagnósticos de la enfermedad. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(6), 454–464.
- Hernández-Martín, A., & Duat-Rodríguez, A. (2016b). Neurofibromatosis tipo 1: más que manchas café con leche, efélides y neurofibromas. Parte II. Actualización sobre otras manifestaciones cutáneas características de la enfermedad. NF1 y cáncer. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, 107(6), 465–473.

- Hesbben, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hirbe, A. C. & Gutmann, D. H. (2014). Neurofibromatosis type 1: A multidisciplinary approach to care. *The Lancet Neurology*, 13(8), 834–843.
- IAHPC (2019). *Palliative Care Definition*. Disponível em: <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>, acedido a 15/02/2019.
- IASP (1994). *Classifications of chronic pain* (2ªed.). Seattle: IASP Press.
- Jennings-Dozier, K. & Mahon, S.M. (2002). *Cancer prevention, detection, and control: a nursing perspective*. Pittsburgh, PA: Nursing Society.
- Johnston, B. (1999). Overview of nursing developments in palliative care. In Lugton, J. & Kindle, M. (Eds.), *Palliative Care: The nursing Role* (pp.1-26). Edingburgh: Churchill Livingstone.
- Julian, N., Edwards, N. E., DeCrane, S. & Hingtgen, C. M. (2014). Neurofibromatosis 1: Diagnosis and management. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(1), 30–35.
- Krishnasamy, M. (2001). Wound Management. In Corner, J. & Bailey, C. (Eds.). *Cancer Nursing: Care in Context* (pp.376-382). London: Blackwell Science.
- Kübler-Ross, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lugton, J. & Pearce, C. (1999). Holistic assessment of patients and relatives needs. In Lugton, J. & Kindle, M. (Eds.), *Palliative Care: The nursing Role* (pp.61-68). Edingburgh: Churchill Livingstone.
- Macieira, R. C. & Maluf, M. F. (2008). Sexualidade e Câncer. In Carvalho, V., Franco, M., Kovács, M., Liberato, R., Macieira, R., Veit, M., Gomes, M. & Barros, L. (Org.), *Temas em Psico-Oncologia* (pp.303-315). São Paulo: Summus Editorial.
- Mahon, S. M. (2000). The role of the nurse in developing cancer screening programs. *Oncology Nursing Forum*, 27(9), 19-27.
- Matos, P. & Pereira, G. (2005). Áreas de intervenção na doença oncológica. In Pereira & Lopes (Eds.). *O doente oncológico e a sua família* (2ª ed.) (pp.15-25). Lisboa: Climepsi Editores.
- McCray, N.D. (2000). Variáveis psicossociais e da qualidade de vida. In: Otto, S. *Enfermagem em oncologia* (3ª ed.) Loures: Lusociência.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Developing a conceptual framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- Miranda, N. & Portugal, C. (2015). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Relatório de 2014*. Direção Geral de Saúde.

- Naylor, W. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(11), 572.
- National Cancer Institute (2017). *Cancer Screening Overview*. Acedido a 01/03/2017. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/screening/hp-screening-overview-pdq>.
- Neto, I. G. (2016a). Cuidados na agonia. In Barbosa, A., Pina, P. Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.317-330). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Neto, I. G. (2016b). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In Barbosa, A., Pina, P. Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.1-22). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Neves, M. (1996). O sentido da morte na vida dos homens. *Cadernos de Bioética* (12) – *Morte e morrer*. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética.
- Neves, M. & Pacheco, S. (2002). *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf), acedido a 30/05/2017.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Loures: Lusociência.
- Palmer, S., Patterson, P. & Thompson, K. (2014). A national approach to improving adolescent and young adult (AYA) oncology psychosocial care: The development of AYA-specific psychosocial assessment and care tools. *Palliative and Supportive Care*, 12(3),1-6.
- Pereira, M. & Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climpesi Editores.
- Price, E. (1996). The stigma of smell. *Nursing Times*, 92(20), 70–72.
- Querido, A. (2016). A esperança em cuidados paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.781–796). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. G. (2016). Comunicação. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.815-831). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Riley, J. (2000). *Comunicação em Enfermagem* (4ª ed.). Camarate: Lusociência.
- Rowland, J. H. & Holland, J. C. (1990). *Handbook of Psychooncology: psychological*

*care patient with cancer*. New York: Oxford University Press.

- Ruland, C. M. & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.
- Sá, E. (1996). A especificidade da enfermagem oncológica. *Enfermagem Oncológica*. Porto. 1,15-17.
- Samala, R. V. & Davis, M. P. (2015). Comprehensive wound malodor management: Win the RACE. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 82(8), 535–543.
- Schumacher, K. & Meleis, A. (1994). Transitions: A central concept in nursing. *The Journal of Nursing Scholarship*, 26, 119-127.
- Sutherland, N. & Gamlin, R. (1999). Body image and sexuality: implications for palliative care. In Lugton, J. & Kindle, M. (Eds.), *Palliative Care: The nursing role* (pp.141-162). Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climpesi, Editores.
- Volpato, F. S. & Santos, G. R. S. (2007). Pacientes Oncológicos: Um olhar sobre as dificuldades vivenciadas pelos familiares cuidadores. *Imaginário*, 50, 55-63.
- Watson, J. (1985). *Nursing Science and Human Care, A Theory of Nursing*. Norwalk, CT: Appelton-Century-Crofts.
- WHO (2017). *Cancer*. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/>, acedido a 08/03/2017.
- Zebrack, B. (2011). Psychological, social, and behavioral issues for young adults with cancer. *Cancer*, 117 (10), 2289–2294.

**ANEXOS**

**ANEXO I**  
**Avaliação da fadiga**



ESCALA NUMÉRICA DA FADIGA

Sem Fadiga	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Fadiga Máxima
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------------


**ANEXO II**  
**Avaliação da xerostomia**

## QUANTIFICAÇÃO DA XEROSTOMIA

<b><del>Grau I</del></b>	Sintomático (saliva espessa ou escassa), sem alterações dietéticas significativas: produção de saliva não estimulada $>0,2\text{ml/min}$
<b>Grau II</b>	Sintomático com alterações significativas da ingesta oral (toma copiosa de água ou uso de outros lubrificantes, dieta limitada a purés e/ou alimentos moles e húmidos): produção de saliva não estimulada $0,1$ e $0,2\text{ml/min}$
<b>Grau III</b>	Sintomas que levam a incapacidade de alimentar oralmente: necessidade de administração de fluídos endovenosos, alimentação enteral ou parentérica: produção de saliva não estimulada $<0,1\text{ml/min}$


**ANEXO III**  
**Estadiamento da ferida maligna**

**MALIGNANT CUTANEOUS WOUND STAGING SYSTEM DE HALSFIELD-WOLFE  
& BAXENDALE-COX (1999)**

<b>Estadio</b>	<b>Aspeto da Úlcera</b>
<b>1</b>	Úlcera fechada. Pele intacta
<b>1N</b>	Úlcera fechada. Pele superficialmente intacta, úlcera dura e fibrosa
<b>2</b>	Úlcera aberta. Atingimento da derme e epiderme
<b>3</b>	Úlcera aberta. Perda de tecido celular subcutâneo
 <b>4</b>	Úlcera aberta. Invasão de estruturas anatómicas profundas

**ANEXO IV**  
**Avaliação do odor da ferida maligna**





### ESCALA DE AVALIAÇÃO DO ODOR DE *HAUGHTON & YOUNG* (1995)

 <b>Forte</b>	Odor é sentido na entrada da sala (2-3 metros de distância do doente) ainda com o penso intacto
<b>Moderado</b>	Odor é sentido na entrada da sala (2-3 metros de distância do doente) quando o penso é removido
<b>Ligeiro</b>	O odor é sentido junto do doente quando o penso é removido
<b>Sem odor</b>	Odor não é sentido, mesmo junto à cabeceira do doente, quando o penso é removido

**ANEXO V**  
**Avaliação da ferida maligna**



## MNEMÓNICA HOPES

H	<i>Hemorrhage</i> (Hemorragia)
 O	<i>Odor</i> (Odor)
 P	<i>Pain</i> (Dor)
 E	<i>Exsudate</i> (Exsudado)
 S	<i>Superficial Infection</i> (Infecção superficial)

**ANEXO VI**  
**Escala modificada de *Barthel***

<b>1.Alimentação</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos) .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
<b>2.Transferências</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>3.Toalete</b>	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>4.Utilização do WC</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>5.Banho</b>	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda) .....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>6. Mobilidade</b>	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses) .....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda .....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Imóvel .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>7.Subir e Descer Escadas</b>	
Independente, com ou sem ajudas técnicas .....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>8.Vestir</b>	
Independente .....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda .....	<input checked="" type="checkbox"/> 5
Impossível .....	<input type="checkbox"/> 0
<b>9.Controlo Intestinal</b>	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional .....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>10.Controlo Urinário</b>	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho .....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho .....	<input checked="" type="checkbox"/> 0
<b>TOTAL</b>	
<b>15</b>	

Independência	> 100
Dependência leve	61-99
Dependência moderada	41-60
Dependência severa	21-40
<b>Dependência total</b>	<b>0-20</b>

**ANEXO VII**  
**Avaliação do estado mental**

## MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL

(Folstein, Folstein & McHugh, 1975)

Paciente: \_\_\_\_\_ Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

### ORIENTAÇÃO:

- Dia da semana (1 ponto).....( )
- Dia do mês (1 ponto).....( )
- Mês (1 ponto).....( )
- Ano (1 ponto).....( )
- Hora aproximada (1 ponto).....( )
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto).....( )
- Instituição (residência, hospital ou clínica) (1 ponto).....( )
- Bairro ou rua próxima (1 ponto).....( )
- Cidade (1 ponto).....( )
- Estado (1 ponto).....( )

### MEMÓRIA IMEDIATA:

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para resposta correta.....( )  
Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as compreendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente.

### ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 – 7) Sucessivos. 5 vezes sucessivamente  
(Um ponto para cada cálculo correto).....( )  
(alternativamente, soletrar MUNDO de trás para frente)

### EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras de anteriormente  
(1 ponto cada palavra)

### LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos).....( )
- Repetir "nem aqui, nem ali, nem lá" (1 ponto).....( )
- Comando: "pegue esse papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão" (3 pontos).....( )
- Ler e obedecer "feche os olhos" (1 ponto).....( )
- Escrever uma frase (1 ponto).....( )
- Copiar um desenho (1 ponto).....( )

Score: \_\_\_\_/30



**ANEXO VIII**  
**Escala de *Morse***




Item	Pontuação
1. História de quedas	
Não	0
Sim	<del>25</del>
2. Diagnóstico secundário	
Não	0
Sim	<del>5</del>
3. Apoio na marcha	
Nenhuma / Ajuda cuidador / acamado	<del>5</del>
Bengala / canadiana / andarilho	15
Apoio nos móveis	30
4. Terapêutica intravenosa	
Não	0
Sim	<del>5</del>
5. Marcha	
Normal / cadeira de rodas / acamado	<del>5</del>
Com dificuldade, mas sem ajuda	10
Incapaz, sem ajuda	20
6. Estado mental	
Orientado	0
Dificuldade de orientação	<del>5</del>

<b>Grau reduzido</b>	<b>0-24</b>
<b>Grau moderado</b>	<b>25-50</b>
<b>Grau elevado</b>	<b>&gt; 50</b>

**Total: 75**  
**Grau elevado**

**ANEXO X**  
**Escala de *Braden***



<b>Percepção sensorial</b>  Capacidade de reação significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos.  Não consegue comunicar desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
	OU  capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do tempo.	OU  Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	 OU  Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	
<b>Humidade</b>  Nível de exposição da pele à humidade	<b>1. Pele constantemente húmida:</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>2. Pele muito húmida:</b> A pele está frequentemente húmida, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>3. Pele ocasionalmente húmida:</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>4. Pele raramente húmida:</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Actividade</b>  Nível de atividade física	<b>1. Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>2. Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	<b>3. Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	<b>4. Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b>  Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>1. Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>2. Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>3. Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b>  Alimentação habitual	<b>1. Muito pobre:</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou laticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido	<b>2. Provavelmente inadequada:</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou laticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético	<b>3. Adequada:</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, laticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido	<b>4. Excelente:</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, laticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
	OU  está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco horas por dia	 OU  recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	OU  é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	<b>1. Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contracturas ou agitação leva a fricção quase constante.	<b>2. Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma dorma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	<b>3. Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição.  Mantém uma correta posição na cama ou na cadeira.	

Alto Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final  $\leq 16$   
Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto - valor final  $\geq 17$

**Total: 14**  
**Alto risco**

**ANEXO XI**  
**Dor neuropática – DN4**

## QUESTIONÁRIO ESPECÍFICO PARA RASTREIO DE DOR NEUROPÁTICA – DN4

Por favor, responda às seguintes questões, assinalando uma única resposta para cada alínea.

### QUESTIONÁRIO DO DOENTE

Questão 1: A dor apresenta uma, ou mais, das características seguintes?

	sim	não
1 – Queimadura	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 – Sensação de frio doloroso	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
3 – Choques eléctricos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questão 2: Na mesma região da dor, sente também um ou mais dos seguintes sintomas?

	sim	não
4 – Formiguelro	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 – Picadas	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 – Dormência	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 – Comichão	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

### EXAME DO DOENTE

Questão 3: A dor está localizada numa zona onde o exame físico evidencia:

	sim	não
8 – Hipoestesia ao tacto	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
9 – Hipoestesia à picada	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Questão 4: A dor é provocada ou aumentada por:

	sim	não
10 – Fricção leve ("brushing")	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Cada item pontua 1 se a resposta for positiva e zero se negativa, levando a um valor mínimo de zero e o máximo de 10. O ponto de corte é quatro, sendo que valores iguais ou maiores que 4 sugerem dor neuropática

**Total: 5**

## **ANEXO XII**

### **Escala de *Hamilton* para a ansiedade**

Quadro 1 - Escala de Hamilton para Ansiedade					
Humor ansioso: inquietude, temor do pior, apreensão quanto ao futuro ou presente, irritabilidade.	0	1	2	3	4
Tensão: sensação de tensão, fadigabilidade, tremores, choro fácil, incapacidade de relaxar, agitação, reações de sobressalto.	0	1	2	3	4
Medo: de escuro, de desconhecidos, de multidão, de ser abandonado, de animais grandes, de trânsito.	0	1	2	3	4
Insônia: dificuldade de adormecer, sonhos penosos, sono interrompido, sono insatisfatório, fadiga ao acordar, pesadelos, terrores noturnos.	0	1	2	3	4
Dificuldades intelectuais: dificuldade de concentração, distúrbios de memória.	0	1	2	3	4
Humor depressivo: perda de interesse, humor variável, indiferença às atividades de rotina, despertar precoce, depressão.	0	1	2	3	4
Sintomas somáticos musculares: dores e lassidão muscular, rigidez muscular, mioclonias, ranger dos dentes, voz insegura.	0	1	2	3	4
Sintomas somáticos sensoriais: visão turva, ondas de calor ou frio, sensação de fraqueza, sensação de picada, zumbidos.	0	1	2	3	4
Sintomas cardiovasculares: taquicardia, palpitações, dores pré-cordiais, batidas, pulsações, sensação de desmaio.	0	1	2	3	4
Sintomas respiratórios: sensação de opressão, dispnéia, constrição torácica, suspiros, bolo faríngeo.	0	1	2	3	4
Sintomas gastrointestinais: dificuldade de engolir, aerofagia, dispepsia, dor pré ou pós-prandial, queimações, empanzinamento, náuseas, vômito, diarreias, constipação, perda de peso.	0	1	2	3	4
Sintomas geniturinários: micções frequentes, urgência de micção, frigidez, amenorréia, ejaculação precoce, impotência.	0	1	2	3	4
Sintomas do sistema nervoso autônomo: secura na boca, ruborização, palidez, sudorese, vertigens, cefaléia de tensão.	0	1	2	3	4
Comportamento na entrevista-geral: tenso, pouco à vontade, agitação das mãos, dos dedos, tiques, inquietação, suspiros.	0	1	2	3	4
Fisiológico: eructações, taquicardia em repouso, ritmo respiratório > 20 rpm	0	1	2	3	4
Total de pontos:	20				

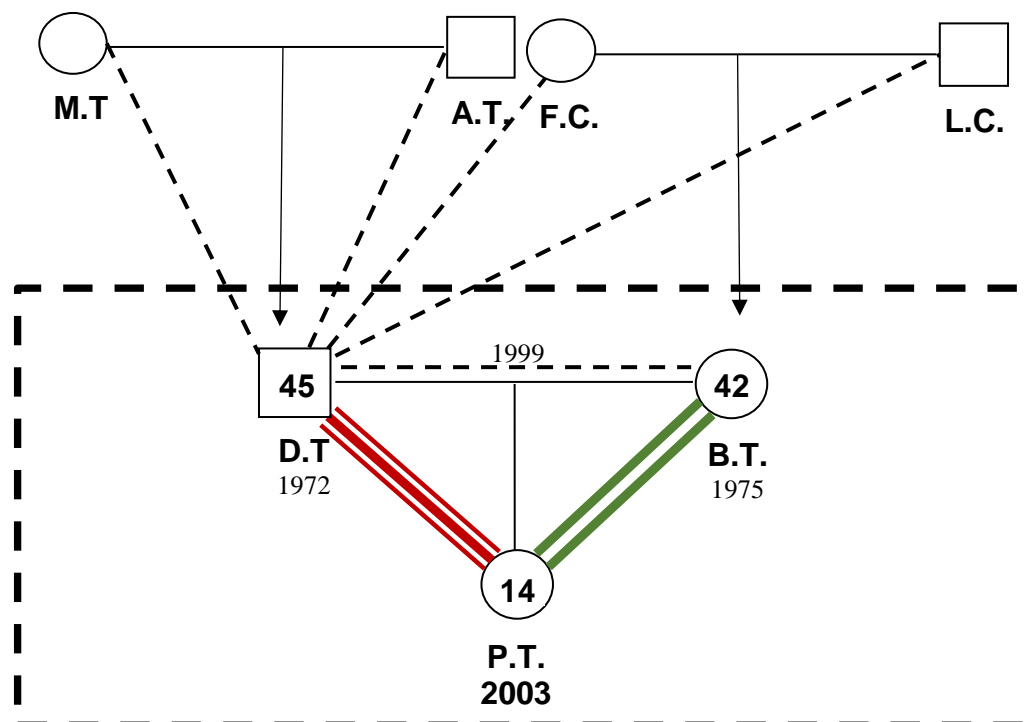
- 0 = Ausência de qualquer sintoma  
 1 = Intensidade ligeira  
 2 = Intensidade média  
 3 = Intensidade forte  
 4 = Intensidade máxima (incapacitante)

A soma destes valores é utilizada para quantificar o estado de ansiedade do paciente. As faixas de pontuação para esta escala obedecem aos seguintes critérios:

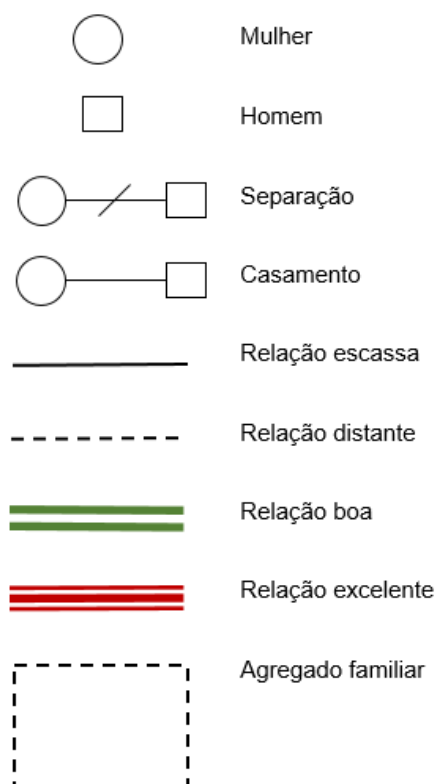
- 0 a 17 - ansiedade normal  
 18 a 24 - ansiedade leve  
 25 a 29 - ansiedade moderada  
 Superior a 30 - ansiedade severa

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**Genograma**

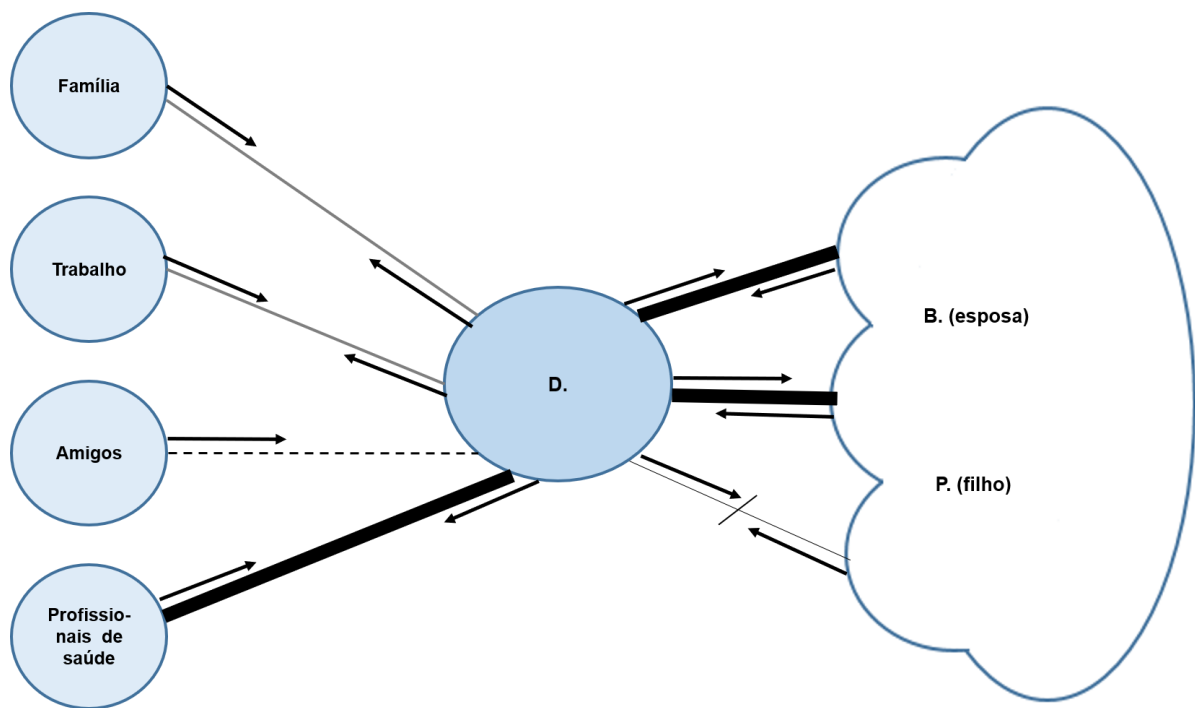


### Legenda:





**APÊNDICE II**  
**Ecomapa**



### Legenda:

	Relação forte
	Relação sólida
	Relação fraca
	Gerador de <i>stress</i> <u>minor</u>
	Gerador de <i>stress</i> major
	Sentido do fluxo energético

**APÊNDICE III**  
**Avaliação da dor**

## História da Dor:

**Localização:** região dorsal, lombar e sagrada

**Duração:** Intermitente, várias vezes ao dia, tempo variável

**Qualidade:** nociceptiva somática região dorsal, lombar e sagrada tipo vidro”

neuropática perna esquerda: dormência

**Intensidade:** Média de dor no nível 6 quando se mobiliza (máxima de 8 e mínima de 4), em repouso dor de 3 a 4

Escala Numérica

Sem Dor

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Dor Máxima

**Irradiação:** membro inferior esquerdo

**Fatores de alívio:** repouso e alternância de decúbitos

**Fatores de Agravamento:** movimentação e alguns posicionamentos

**Sintomas Associados:** sudorese

**Impacto na vida do doente:** limitação na mobilização, no vestir-se, na higiene corporal e na socialização

**Medicação:** cetamina, hidromorfona, gabapentina, paracetamol, morfina em SOS e em perfusão contínua

## Observação do comportamento do doente:

**Fácies:** músculos faciais contraídos

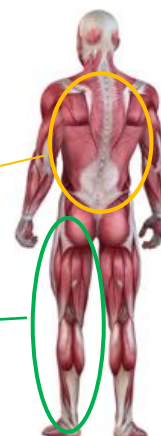
**Vocalização:** gemidos aquando da mobilização

**Postura corporal:** costa curvadas, músculos contraídos, tentativa frequente de mudança de posicionamento

## Observação física:

**Sinais vitais:** Frequência respiratória de 19 ciclos por minuto. Não foi possível avaliar restantes parâmetros vitais

**Observação local:** Toda a região dorsal e lombar, apresentando já invasão da região sagrada



## **APÊNDICE X**

**Cartaz de divulgação das sessões de formação e planos de sessão**



**Local de Estágio 4**

**Formação:  
Abordagem à Pessoa com  
Ferida Maligna  
Intervenções de Enfermagem**

**16,17 e 19 de Janeiro de 2018  
14h30m**

Formadora: Enf.ª Dora Lisa Coelho

**Tema: Abordagem à Pessoa com Ferida Maligna: Sessão 1**

**Duração:** 60 minutos

**Público-Alvo:** Enfermeiros do local de estágio 4

**Objetivo Geral:** Aquisição de conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna

**Formadora:** Dora Coelho

**Plano da Sessão**

<b>Duração</b>	<b>Conteúdos Programáticos</b>	<b>Objetivos Específicos</b>	<b>Atividades</b>	<b>Tempo</b>	<b>Métodos/ Técnicas</b>	<b>Materiais</b>	<b>Equipamentos</b>	<b>Avaliação</b>
Início: 14h30m			Apresentação do tema, metodologia, conteúdo, tempos e objetivos.	5m	Método Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	
	Conceito de ferida maligna.	Definir o conceito de ferida maligna.	Diálogo com os formandos acerca do que é uma ferida maligna.	10m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
	Epidemiologia da ferida maligna.	Listar dados epidemiológicos acerca da ferida maligna.	Apresentar os dados epidemiológicos acerca da ferida maligna: prevalência, localização, tumores associados	5m				
	Fisiopatologia da ferida maligna.	Identificar o mecanismo de formação de uma ferida maligna.	Questionar os formandos acerca de:  - Como se forma uma ferida maligna?  Completar com informação necessária.	10m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial

Duração	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Atividades	Tempo	Métodos/ Técnicas	Materiais	Equipamentos	Avaliação
Fim: 15h30m	Avaliação da pessoa com ferida maligna.	Listar quais os tópicos a abordar na avaliação da pessoa com ferida maligna.	Perguntar aos formandos:  - Como se avalia a pessoa com ferida maligna?  Completar com informação necessária.	10m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
	Princípios gerais sobre os cuidados locais a feridas.	Identificar a técnica de limpeza adequada.	Questionar os formandos acerca de:  - Usar técnica asséptica ou técnica limpa?  Qual a solução de limpeza mais adequada?  Completar com informação necessária.	10m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
	Conclusão do tema.	Síntese dos pontos a reter.	Mostrar aos formandos quais os pontos mais importantes da formação.	5m	Método Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
		Avaliação da sessão.	Aplicar questionário de avaliação da sessão.	5m		Questionário de avaliação da sessão.		Criterial



## Tema: Abordagem à Pessoa com Ferida Maligna: Sessão 2

**Duração:** 60 minutos

**Público-Alvo:** Enfermeiros do local de estágio 4

**Objetivo Geral:** Aquisição de conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna

**Formadora:** Dora Coelho

### Plano da Sessão

Duração	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Atividades	Tempo	Métodos/ Técnicas	Materiais	Equipamentos	Avaliação
Início: 14h30m			Apresentação do tema, metodologia, conteúdo, tempos e objetivos.	2m	Método Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	
	Resumo da sessão anterior.	Definir o conceito de ferida maligna, epidemiologia e fisiopatologia.	Diálogo com os formandos acerca do que é uma ferida maligna.	3m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
	Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna para o controlo do odor.	Identificar a causa do odor da ferida maligna.	Apresentar os dados.	5m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
		Identificar as intervenções de enfermagem que podemos realizar para o controlo do odor	Que intervenções podemos realizar para o controlo do odor associado à ferida maligna?	10m	Método Interrogativo/ Expositivo/ Demonstrativo	<i>Powerpoint</i>  Material para controlo do odor associado à ferida maligna	<i>Datashow</i> Computador	Criterial

Duração	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Atividades	Tempo	Métodos/ Técnicas	Materiais	Equipamentos	Avaliação
		associado à ferida maligna: avaliação do odor; cuidados locais à ferida, controlo ambiental, gestão do tecido não-viável.	<p>Completar com informação necessária.</p> <p>Discussão acerca do material usado para o controlo do odor associado à ferida maligna.</p>					
	Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna para o controlo do exsudado.	Identificar a causa do exsudado da ferida maligna.	Apresentar os dados.	5m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
		<p>Identificar as intervenções de enfermagem que podemos realizar para o controlo do exsudado associado à ferida maligna:</p> <p>- Avaliação do exsudado, material de penso, alternativas, cuidados à pele peri lesão.</p>	<p>Que intervenções podemos realizar para o controlo do exsudado associado à ferida maligna?</p> <p>Completar com informação necessária.</p> <p>Discussão acerca do material usado para o controlo do odor associado à ferida maligna.</p>	10m	Método Interrogativo/ Expositivo/ Demonstrativo	<i>Powerpoint</i>  Material para controlo do exsudado associado à ferida maligna.	<i>Datashow</i> Computador	Criterial

Duração	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Atividades	Tempo	Métodos/ Técnicas	Materiais	Equipamentos	Avaliação
	Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna para o controlo da infeção.	Identificar a causa da infeção da ferida maligna.	Apresentar os dados.	5m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
		Identificar as intervenções de enfermagem que podemos realizar para o controlo da infeção associada à ferida maligna.	Que intervenções podemos realizar para o controlo da infeção associada à ferida maligna?  Completar com informação necessária.  Discussão acerca do material usado para o controlo da infeção associada à ferida maligna	10m	Método Interrogativo/ Expositivo/ Demonstrativo	<i>Powerpoint</i>  Material para controlo da infeção associado à ferida maligna	<u>Datashow</u>  Computador	Criterial
		Refletir sobre a prática.	Apresentar caso clínico.  Discussão acerca das intervenções de enfermagem de forma a dar resposta às necessidades expressas pela pessoa com ferida maligna	10m	Método Interrogativo/ Expositivo/	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial

Fim: 15h30m	Conclusão do tema.	Síntese dos pontos a reter.	Mostrar aos formandos quais os pontos mais importantes da formação.	3m	Método Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
		Avaliação da sessão.	Aplicar questionário de avaliação da sessão.	2m		Questionário de avaliação da sessão.		Criterial

### Tema: Abordagem à Pessoa com Ferida Maligna: Sessão 3

**Duração:** 60 minutos

**Público-Alvo:** Enfermeiros do serviço do local de estágio 4

**Objetivo Geral:** Aquisição de conhecimentos acerca das intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna

**Formadora:** Dora Coelho

#### Plano da Sessão

Duração	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Atividades	Tempo	Métodos/ Técnicas	Materiais	Equipamentos	Avaliação
Início: 14h30m			Apresentação do tema, metodologia, conteúdo, tempos e objetivos.	2m	Método Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	
	Resumo das sessões anteriores.	Definir o conceito de ferida maligna, epidemiologia, fisiopatologia, intervenções de enfermagem para o controlo de odor, exsudado e infeção à pessoa com ferida maligna.	Diálogo com os formandos acerca do que é uma ferida maligna.	3m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
	Intervenções de Enfermagem à Pessoa com	Identificar a causa do prurido	Apresentar os dados.	2m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial

Duração	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Atividades	Tempo	Métodos/ Técnicas	Materiais	Equipamentos	Avaliação
	Ferida Maligna para o controlo do prurido.	da ferida maligna.						
		Identificar as intervenções de enfermagem que podemos realizar para o controlo do prurido associado à ferida maligna: - avaliação do odor; cuidados locais à ferida, controlo ambiental, gestão do tecido não-viável.	Que intervenções podemos realizar para o controlo do prurido associado à ferida maligna?  Completar com informação necessária.  Discussão acerca do material usado para o controlo do prurido associado à ferida maligna.	10m	Método Interrogativo/ Expositivo/ Demonstrativo	<i>Powerpoint</i>  Material para controlo do prurido associado à ferida maligna	<i>Datashow</i>  Computador	Criterial
	Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna para o controlo da dor.	Identificar a causa da dor da ferida maligna.	Apresentar os dados.	3m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
		Identificar as intervenções de enfermagem que podemos realizar para o controlo da dor associado à ferida maligna:	Que intervenções podemos realizar para o controlo da dor associado à ferida maligna?	10m	Método Interrogativo/ Expositivo/ Demonstrativo	<i>Powerpoint</i>  Material para controlo da dor associado à ferida maligna.	<i>Datashow</i> Computador	Criterial

Duração	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Atividades	Tempo	Métodos/ Técnicas	Materiais	Equipamentos	Avaliação
		- Avaliação do exsudado, material de penso, alternativas.	Completar com informação necessária.  Discussão acerca do material usado para o controlo da dor associado à ferida maligna.					
	Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna para o controlo da hemorragia	Identificar a causa da hemorragia da ferida maligna.	Apresentar os dados.	3m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
		Identificar as intervenções de enfermagem que podemos realizar para o controlo da hemorragia associada à ferida maligna.	Que intervenções podemos realizar para o controlo da hemorragia associada à ferida maligna?  Completar com informação necessária.  Discussão acerca do material usado para o controlo da hemorragia associada à ferida maligna.	10m	Método Interrogativo/ Expositivo/ Demonstrativo	<i>Powerpoint</i>  Material para controlo da hemorragia associado à ferida maligna	Datashow Computador	Criterial
	Intervenções de Enfermagem à Pessoa com	Identificar os aspetos emocionais e	Que intervenções podemos realizar para o controlo dos aspetos	7m	Método Interrogativo/	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial

Duração	Conteúdos Programáticos	Objetivos Específicos	Atividades	Tempo	Métodos/ Técnicas	Materiais	Equipamentos	Avaliação
	Ferida Maligna para o controlo dos aspetos emocionais e sociais	sociais associados à pessoa com ferida maligna, sua família e profissionais de saúde.	emocionais e sociais associados à ferida maligna?  Completar com informação necessária.  Discussão acerca das intervenções para o controlo dos aspetos emocionais e sociais associada à ferida maligna.		Expositivo			
Fim: 15h30m		Refletir sobre a prática.	Apresentar caso clínico.  Discussão acerca das intervenções de enfermagem de forma a dar resposta às necessidades expressas pela pessoa com ferida maligna	10m	Método Interrogativo/ Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
	Conclusão do tema.	Síntese dos pontos a reter.	Mostrar aos formandos quais os pontos mais importantes da formação.	3m	Método Expositivo	<i>Powerpoint</i>	<i>Datashow</i> Computador	Criterial
		Avaliação da sessão.	Aplicar questionário de avaliação da sessão.	2m		Questionário de avaliação da sessão.		Criterial



**APÊNDICE XI**  
**Sessão de formação 1**



8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização  
Médico-Cirúrgica  
Vertente Oncológica  
Projeto de Estágio com Relatório  
Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

# Abordagem à Pessoa com Ferida Maligna

Sessão 1

**Docente:** Prof.ª Deolinda Luz e Prof.ª Sandra Neves  
**Orientadora de Estágio:** Maria do Carmo Campaniço  
**Discente:** Dora Coelho n.º7762

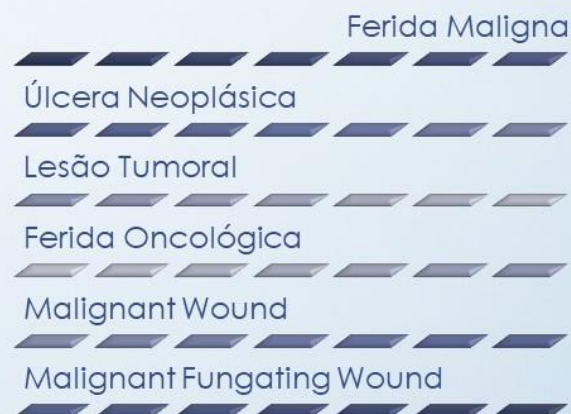
## Sumário

- Definição de Ferida Maligna
- Epidemiologia da Ferida Maligna
- Fisiopatologia da Ferida Maligna
- Avaliação da Pessoa com Ferida Maligna
- Princípios gerais sobre os cuidados locais a feridas

## Definição de Ferida Maligna



## Definição de Ferida Maligna



# Definição de Ferida Maligna

**Resulta da infiltração de um tumor ou de metástases na pele, incluindo vasos sanguíneos, linfáticos, podendo desenvolver-se em qualquer zona do corpo (EONS, 2015)**

# Definição de Ferida Maligna

- Devido ao depósito de células tumorais na pele através de manipulação cirúrgica ou procedimentos invasivos (González Barboteo & Moreno Roldán, 2008)
- Podem ser localmente avançadas, metastáticas ou recorrentes, e ainda primárias ou secundárias (metástases) (Arambutu, Anón Orbegoza, Vera, Santamaria Andrés, Alos Moner, Ylla Boré, Ferrer Solá... & Torra i Bou, 2004)
- Também são consideradas, por alguns autores, as feridas que resultam dos tratamentos de excisão e como consequência de radioterapia e quimioterapia (Arambutu et al, 2004)



# Epidemiologia da Ferida Maligna

16/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

## Epidemiologia da Ferida Maligna

- Estima-se que 5 a 10% de doentes com doença oncológica desenvolve ferida maligna (Selby, 2009)
- Prevalência de 14,5% em pessoas com doença oncológica avançada (Gomes & Jesus, 2015)
- Entre os 60 e os 70 anos de idade (Haisfield-Wolte & Rund, 1997, citados por Dowsett, 2002)
- A esperança de vida da pessoa com ferida maligna é de 6 a 12 meses (Probst, Arber, Trojan & Faithfull, 2012)

16/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

8



## Epidemiologia da Ferida Maligna

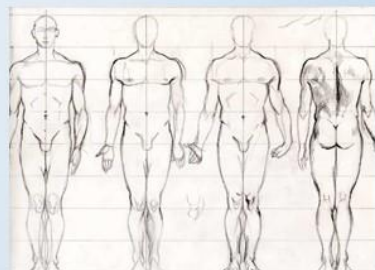
- Associadas a tumores:
  - Mama
  - Cabeça e pescoço
  - Rim
  - Pulmão
  - Ovário
  - Colón
  - Pénis
  - Bexiga
  - Linfoma
  - Leucemia

(González Barboteo & Moreno Roldán, 2008)

## Localização da Ferida Maligna

- Mama (49%)
- Pescoço (21%)
- Torác (18%)
- Extremidades, genitais (17%)
- Cabeça (13%)
- Outras áreas (2%)

(EONS, 2015)





## Fisiopatologia da Ferida Maligna

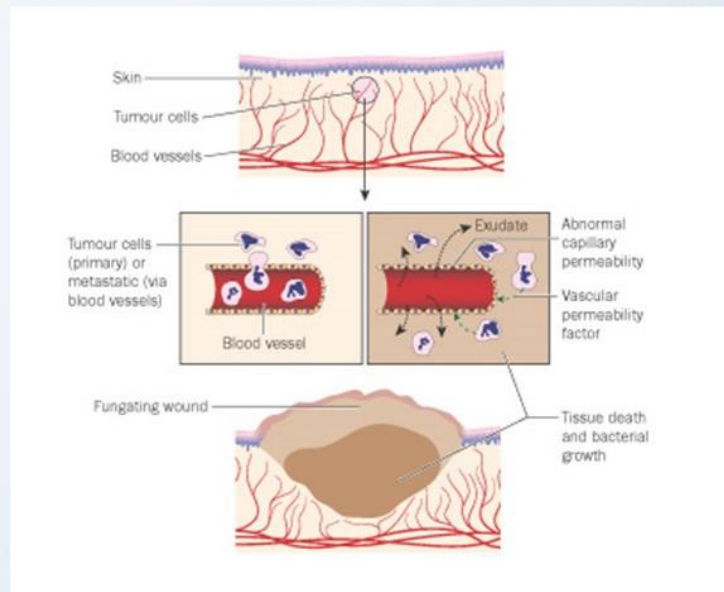
## Fisiopatologia da Ferida Maligna

- Crescimento tumoral
- Neovascularização
- Invasão da membrana basal

(Azevedo, Bolzan & Barbosa, 2009)

Continuam a crescer causando danos na pele através da combinação de um crescimento proliferativo, perda de vascularização e ulceração

(EONS, 2015)



### Fisiopatologia da Ferida Maligna

(Gomes & Jesus, 2015)

## Fisiopatologia da Ferida Maligna

- Neoplasia primária da pele
- Infiltração cutânea diretamente pelo tumor primário ou por metástases
- Infiltração das células neoplásicas nas estruturas da pele por via linfática e sanguínea
- Conversão de uma ferida crônica ou cicatriz – úlcera de Majorlin

(Gomes & Jesus, 2015)

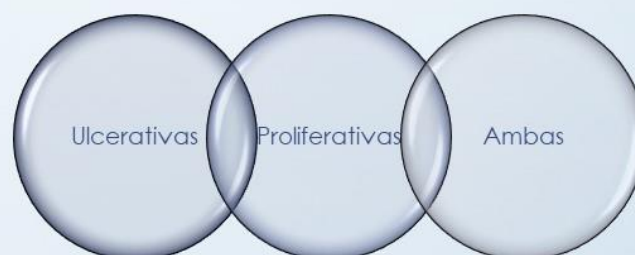


# Apresentação da Ferida Maligna

- Nódulos pequenos e duros:
  - Um só ou vários
  - Subcutâneos ou intradérmicos
- Cor rosa, roxo azulado ou castanho-escuro
- Dano maciço da pele
- Edema, pobre perfusão cutânea e posteriormente necrose
- Podem ter um crescimento muito rápido
- Podem-se estender para estruturas mais profundas desenvolvendo fistula e cavidade

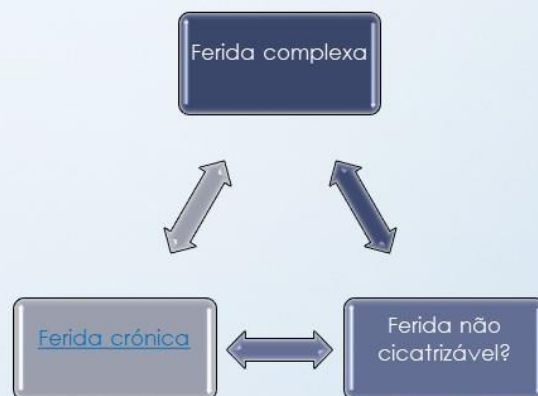
(González Barboteo & Moreno Roldán, 2008; Vicente 2017)

# Apresentação da Ferida Maligna



(Vicente, 2017)

# Ferida Maligna



# Tratamento da Ferida Maligna

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Electroquimioterapia
- Hormonoterapia
- Imunoterapia
- Cirurgia





## Impacto da Ferida Maligna

16/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

19

## Impacto da Ferida Maligna

- Uma ferida maligna significa que a doença oncológica se encontra em progressão (Gomes & Jesus, 2015)
- A cicatrização da ferida maligna provavelmente não vai acontecer, pois está relacionada com a progressão da doença oncológica, como tal o tratamento deve ser realista, e o utente concordar com a abordagem planeada (Naylor, 2005)
- A não ser que a causa oncológica de base seja tratada, o objetivo dos cuidados é a palição e não a cura (EONS, 2015)

16/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

20

# Problemas Associados à Ferida Maligna

## Físicos

- Dor
- Odor
- Exudado
- Hemorragia
- Prurido
- Infecção

## Emocionais e sociais

- Ansiedade
- Alteração da auto-imagem
- Alteração da auto estima
- Dificuldade na socialização

(EONS, 2015)

# Problemas Associados à Ferida Maligna

- Podem levar ao aparecimento de:
  - Fistulas
  - Obstrução respiratória
  - Edema/Linfedema
  - Necrose

(EONS, 2015)

# Impacto da Ferida Maligna

**“de todas as lesões experienciadas pelos indivíduos com cancro, talvez a mais stressante para os pacientes, família e profissionais são as feridas malignas” (Krishnasamy, 2001, pp. 381)**

# Impacto da Ferida Maligna



(EONS, 2015)



# Impacto da Ferida Maligna

- A pessoa com ferida maligna vive com vulnerabilidade que é viver num corpo que não pode ser confiável ou que está a mudar continuamente (EONS, 2015)
- Causam alterações significativas nas relações sociais:
  - Mau odor
  - Exsudado
  - Alterações da imagem corporal
  - Vergonha e diminuição da autoestima
  - Mudanças dos pensos
  - Alterações da ferida
  - Estigma social

(Gibson & Green, 2013)

# Impacto da Ferida Maligna

É um desafio para o enfermeiro, pois o objetivo não é a cicatrização e sim ajudar a pessoa a (con)viver com a ferida maligna através de orientações acerca de material de penso e eventualmento tratamento dos sintomas que a ferida apresenta (Firmino, 2005)

Os profissionais:

- Sentem dificuldade na aplicação dos pensos
- Esconder a repulsa pelo odor
- Abordar a não cicatrização da ferida
- Lidar com as mudanças no corpo dos doentes

(EONS, 2015)

# Objetivos dos Cuidados à Pessoa com Ferida Maligna

- Gestão de sintomas
- Conforto e qualidade de vida,
- Promoção de confiança
- Bem-estar físico e psicológico



- Objetivos do doente e família
- Equipa multidisciplinar

(Haynes, 2008) Emmons; K. R. & Lachman, V. D., 2010)

## Avaliação da Pessoa com Ferida Maligna



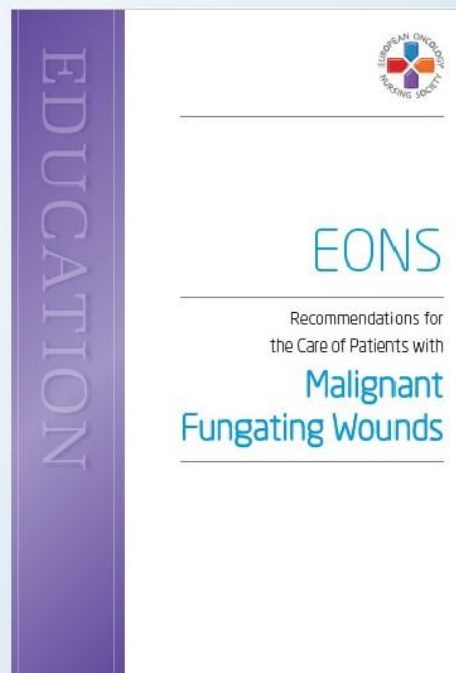
# Avaliação Global da Pessoa com Ferida Maligna

- Impacto da ferida a nível psicológico
- Impacto da ferida e gestão da ferida para o cuidador
- Patologia oncológica
- Localização e aparência da ferida
- Tratamentos (atuais e anteriores)
- Co morbilidades
- Sintomatologia associada à ferida, à doença oncológica e às outras patologias
- Alergias/sensibilidades a material de penso e adesivos
- Medicação prescrita para a gestão dos sintomas
- Que material foi utilizados mas considerado desadequado para o doentes

Formulário de avaliação de feridas malignas (EONS) com campos para: Nome, Idade, Sexo, Data de nascimento, Data de avaliação, Local de avaliação, Tipo de ferida, Localização, Aparência, Tratamentos, Co morbilidades, Sintomatologia, Alergias/sensibilidades, Medicação prescrita, e Material utilizado.

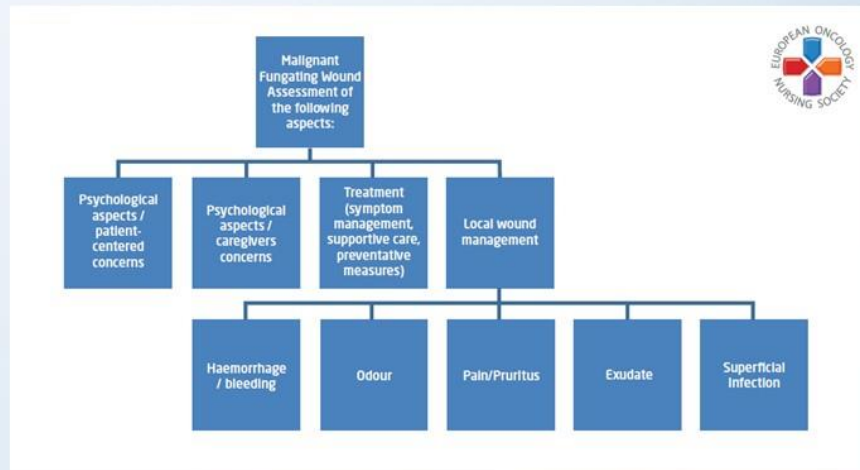
(EONS, 2015)

## Avaliação da Ferida Maligna





# Wound management and treatment for Malignant Fungating Wound



(EONS, 2015)

## Avaliação da Ferida Maligna

### HOPES

<b>H</b>	<b>Hemorrhage</b>
<b>O</b>	Odor
<b>P</b>	Pain
<b>E</b>	Exsudate
<b>S</b>	Superficial Infection

### SPECIAL

<b>S</b>	<b>Stabilize the Wound</b>
<b>P</b>	Prevent New Wounds
<b>E</b>	Eliminate Odor
<b>C</b>	Control Pain
<b>I</b>	Infection Prevention
<b>A</b>	Absorb Exsudate
<b>L</b>	Less Dressing Changes

(Woo & Sibbald)

# Instrumentos de Avaliação de Feridas Malignas

- Toronto Symptom Assessment System for Wounds
- Schulz Malignant Fungating Wound Assessment Tool, Wound Symptoms Self-Assessment Chart
- TELER System
- Hopkins Wound Assessment Tool

(EONS, 2015)

16/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

33

# Instrumentos de Avaliação de Feridas Malignas

## Toronto Symptom Assessment System For Wounds

**Toronto Symptom Assessment System for Wounds (TSAS-W)**

Patient's Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_:\_\_\_\_:\_\_\_\_

Study ID: \_\_\_\_\_ Wound ID: \_\_\_\_\_ Wound assessment number: \_\_\_\_\_

Wound Location:   
 1: Face/Head/Neck 2: Upper Extremity 3: Back/Neck/Scapula 4: Perineum/Genitalia  
 5: Chest/Shoulder 6: Lower Extremity 7: Front (including feet) 8: Back  
 9: Abdomen/Pelvis 10: Perineum/Genitalia 11: Other

Site: ☐ Left ☐ Right ☐ Center Describe location further if needed: \_\_\_\_\_

Wound Class:   
 1: Malignant 2: Ulcerated Post-op 3: Ischemic 4: Infected/Inflammatory  
 5: Pressure ulcer 6: Arterial ulcer 7: Diabetic 8: Other

Stage: \_\_\_\_\_ Size: \_\_\_\_\_

\*Please circle the number that best describes your wound-related symptoms over the past 24 hours

No Pain with dressings and/or debridement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe Pain with dressings and/or debridement
No Pain between dressings and/or debridement	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe Pain between dressings and/or debridement
No Drainage or Exudate	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe and/or continuous Drainage or Exudate
No Odor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe Odor
No Itching	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe Itching
No Bleeding	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe and/or continuous Bleeding
No Crusting or Adhesions between and/or dressings	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe Crusting or Adhesions between and/or dressings
No Swelling or Edema around wound	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe Swelling or Edema around wound
No Bulk or Mass effect from wound	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe Bulk or Mass effect from wound
No Bulk or Mass effect from drainage	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Most severe Bulk or Mass effect from drainage

Completed by: ☐ Patient ☐ Patient assisted by caregiver ☐ Caregiver

© 2010 WoundCare Inc.

## Malignant Cutaneous Wound Staging System de Halsfield-Wolfe & Baxendale-Cox

Estadio	Aspeto da Úlcera
1	Úlcera fechada. Pele intacta
1N	Úlcera fechada. Pele superficialmente intacta, Úlcera dura e fibrosa
2	Úlcera aberta. Atingimento da derme e epiderme
3	Úlcera aberta. Perda de tecido celular subcutâneo
4	Úlcera aberta. Invasão de estrutura anatómicas profundas

16/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

34

# ***Malignant Cutaneous Wound Staging System***



(Azevedo, Bolzan & Barbosa, 2009)

**Princípios gerais dos cuidados locais a uma ferida**



# Limpeza do Leito da Ferida



(Gomes, 2015)

Visa remoção de contaminantes, bactérias e restos de penso da superfície da ferida e da pele circundante  
(McKirdy, 2001)

# Técnica de Limpeza



(Gomes, 2015)

# Técnica de Limpeza

- A irrigação é a única técnica de limpeza que assegura uma limpeza adequada através da remoção suave de detritos da superfície da ferida assim como de outros contaminantes
- Agulha e seringa podem produzir aerossóis e salpicos
- Embalagens de soro fisiológico de uso único com dispositivo próprio de irrigação
- A técnica "esfregar com compressa" não remove as bactérias mas redistribui-as sobre a superfície da ferida
- Medidas de proteção para o profissional

(Gomes, 2015)

# Solução de Limpeza



Soro Fisiológico



Água destilada



Água da rede pública

37°C

Gomes (2015)



# Antissépticos

- Os antissépticos não estão indicados para limpeza
- Inativos na presença da matéria orgânica do leito da ferida
- Não penetram nos tecidos e exsudados
- Elevadas concentrações podem reduzir o número de bactérias causando danos nos tecidos
- Requerem tempo de contacto para serem eficazes
- Podem causar dermatites de contacto
- Semivida curta, o seu uso eficaz requer mudanças frequentes, logo consomem mais tempo
- Podem aumentar a dor e desconforto
- Podem causar um estímulo inflamatório como nas feridas complexas
- Usar apenas num período limitado de tempo 3 a 5 dias

(Gomes, 2015)

# Penso ideal

- **Permeável a trocas gasosas:**
  - Fixar os bordos em moldura e não ocluir completamente
  - Manter humidade no leito da ferida
- **Ser impermeável às bactérias:**
  - Trocar sempre que repassado
  - Não usar compressas como penso secundário
  - Não usar compressas para limpar as feridas
- **Temperatura:**
  - Compressas de gaze e de tecido não tecido não contribuem para o isolamento térmico (diminuem a temperatura para 25-27°C)
  - Não deixar a ferida exposta muito tempo

(Menoita & Cigarro, 2015)

**Obrigada(o) pela vossa presença!!!!**

## Bibliografia

- Arambutu, A., Anón Orbegozo, Vera, J., Santamaria Andrés, E., Alos Moner, M., Ylla Boré, E., Ferrer Solá, M. ... & Torra i Bou, J. (2004). Heridas Neoplásicas. In: Soldevilla Agredo, J. & Torra di Bou, J. (Coord.). *Atención Integral de las Heridas Crónicas* (p.387-401 ). Madrid: Spanish Publisher Asocietes, S.A.
- Azevedo, E., Bolzan, M. & Barbosa, V. (2009). *Tratamento e Controle de Feridas Tumoraes e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado: Série Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer/Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017) – Cuidados Paliativos: O que são? Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>, acedido a 30/05/2017.
- Barbosa & Neto, I (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Dowsett, C. (2002). Malignat Fungating Wounds: Assessement and Management. *Journal of Community Nursing*, 7(8), 394-400.
- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wound*. Brussels. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONS/MalignantFungatingWounds.pdf>, acedido a 14/03/2017.
- Firmino, F., (2005). Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenção de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51, 347-9
- Gibson, S. & Green, J. (2013). Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *Journal Wound Care*, 22(5), 265-272.
- Gomes, C. & Jesus, C (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In: Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 953- 969). Loures: Lusodidacta.
- Gomes, C.( 2015). Limpeza da Ferida. In: Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (p. 203-216). Loures: Lusodidacta.

# Bibliografia

- González Barboteo, J. & Moreno Roldán, F. (2008). Problemas Dermatológicos:Úlceras Tumorales. In Porta, J., Gómez Batiste, X. & Tuca, A. (Eds.). *Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*. 2ªed. (pp.275-280). Madrid: Aran Ediciones, S.L.
- Haynes, J. (2005). An overview of caring for those with palliative wounds. *British Journal of Community Nursing*, 13(12), 524.
- Menoita, E. & Cigarro, A.R. (2015). Material de Penso. In: Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 321-456). Loures: Lusodidacta.
- McKirdy, L. (2001). Burn Wound Cleansing. *Journal of Community Nursing*, 15 (5), p.24-29.
- Naylor, W. A. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11 (11), 572.
- Parreira, A. & Marques, R. (2017) - Limpeza do leito da ferida. In: Parreira, A. & Marques, R. (Coord). *Feridas Manual de Boas Práticas*. (p. 49-63). Lisboa, Lidel Edições Técnicas, SA.
- Probst, S., Arber, A., Trojan, A. & Faithfull, S. (2012). Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 20(12), 3065-3070. doi:10.1007/s00520-012-1430-y.
- Krishnasamy, M. (2001). Wound Management. In Corner, J. & Bailey, C. (Eds.). *Cancer Nursing: Care in Context* (pp.376-382). London: Blackwell Science.
- Selby, T. (2009). Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nursing Times.net*, disponível em <http://www.nursingtimes.net/5001103.article>, acedido a 8/01/2018
- Vicente, H. (2017). Úlceras Malignas. In: Parreira, A. & Marques, R. (Coord). *Feridas Manual de Boas Práticas*. (p. 188-200). Lisboa, Lidel Edições Técnicas, SA.



**APÊNDICE XII**  
**Sessão de formação 2**



8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização  
Médico-Cirúrgica  
Vertente Oncológica  
Projeto de Estágio com Relatório  
Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

# Abordagem à Pessoa com Ferida Maligna

Sessão 2

**Docente:** Prof.ª Deolinda Luz e Prof.ª Sandra Neves  
**Orientadora de Estágio:** Maria do Carmo Campaniço  
**Discente:** Dora Coelho n.º7762

## Sumário

- Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna:
  - Controlo do Odor
  - Controlo do Exsudado
  - Controlo da Infecção
  - Controlo do Prurido
  - Controlo da Dor
  - Controlo da Hemorragia
  - Aspetos emocionais e sociais

# Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

- Segundo Naylor (2002) as intervenções visam:
  - Conforto
  - Confiança
  - Sensação de bem-estar
  - Prevenção do isolamento
  - Manter ou melhorar a qualidade de vida

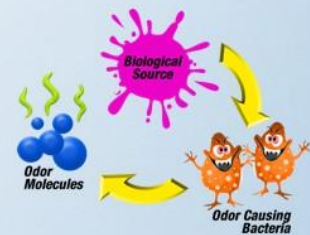
## Controlo do Odor

# Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

# Controlo do Odor

- Surge pela combinação de bactérias, aeróbicas e anaeróbicas, tecido necrosado, tecido mal vascularizado e altos níveis de exsudado
- Tem um impacto negativo da pessoa /família
  - sentimentos de culpa, repulsa, vergonha
  - conduz ao isolamento social e à depressão
  - cheiro de carne apodrecer
  - reflexo de vomito

(EONS, 2015)



# Controlo do Odor

Anaeróbios	Aeróbios
<i>Clostridium</i> <i>Staphylococcus</i> <i>Bacterioides</i>	<i>Proteus</i> <i>Pseudomonas</i> <i>Klebsiella</i>

(Vicente, 2017)

## Controlo do Odor

- Limpeza da ferida e desbridamento
- Trocas regulares do penso antes de atingir a saturação
- Antimicrobianos
- Pensos absorventes de odor

(Vicente, 2017), citando Gethin, 2011)

- Gestão do exsudado
- Ventilar o quarto

## Controlo do Odor

**Escala de avaliação do odor de Haughton & Young**

<b>Nenhum</b>	sem odor evidente
<b>Ligeiro</b>	odor evidente com a remoção do penso
<b>Moderado</b>	odor evidente ao entrar no quarto, com a remoção do penso
<b>Forte</b>	odor evidente ao entrar no quarto, com o penso intacto

(Alexander, 2009b)

# Controlo do Odor

- Limpeza:
  - Reduz o odor ao reduzir a carga bacteriana
  - Irrigação suave da ferida, sempre que necessário
  - Limpeza no chuveiro (qualidade, pressão e temperatura)
- Antissépticos e antimicrobianos

(EONS, 2015)

# Controlo do Odor

- Metronidazol sistémico (500 mg 2id ou 3id PO/IV)
- Metronidazol gel/creme/IV tópico (5-7 dias)
- Embeber as compressas com metronidazol e deixar repousar 15m
- Cadexómero de iodo
- Prata
- Mel medicinal
- Carvão ativado (com ou sem prata)
- Chá verde



(Firminio, 2005); EONS, 2015); Vicente, 2017)



# Controlo do Odor

Controlo ambiental
Espuma de barbear Caixa de areia do gato Carvão vegetal Grãos de café
Desodorizantes perfumados
Óleos e velas de aromoterapia (eucalipto, menta) Salva seca Azeite Balsâmico

(EONS,2015), Vicente, 2016)


## Controlo do Odor: gestão do tecido não viável

- Desbridamento autolítico (hidrogel) e enzimático (colagenase)

(Vicente, 2017)

- Avaliar as necessidades de desbridamento

(Azevedo, Bolzan & Barbosa, 2009)



## **Controlo do Exsudado**

### **Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna**

## **Controlo do Exsudado**

- Catabolismo dos tecidos devido à ativação das proteases por parte das bactérias
- Processo inflamatório associado a infeções
- Elevada permeabilidade dos vasos do tumor
- Mais de 1 litro por dia

(EONS, 2015)



## Controlo do exsudado

- Características exsudado:
  - Cor
  - Consistência
  - Odor
  - Quantidade

(EONS, 2015)

## Controlo do Exsudado

- Penso absorvente
- Proteger pele circundante
- Considerar o uso de dispositivos de ostomia
- Não utilizar compressas como material de penso primário porque podem aderir à ferida

(Azevedo, Bolzan & Barbosa, 2009)

# Controlo do Exsudado

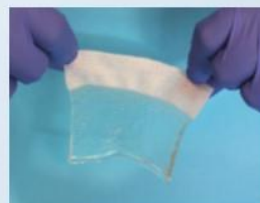
- Material de penso:
  - Hidrofibras
  - Alginatos
  - Espumas
  - Pensos superabsorventes (poliacrilatos)
  - Hidrocoloide e poliuretanos extra finos se ferida pouco exsudativa
  - Camadas de contacto com absorvente como secundário
  - Pensos higiénicos/incontinência
  - Pensos absorventes não esterilizados como secundários

(EONS, 2015; Vicente, 2016)



# Controlo do Exsudado

**Conhecer a pessoa, a ferida e o material**



# Controlo do Exsudado

Características do penso:

- Ser confortável
- Antiaderente
- Absorver grandes quantidades de exsudado
- Capacidade de efetuar trocas gasosas
- Capacidade de reduzir odor (selar bordos do penso de modo a que não seja demasiado oclusivo)
- Manter simetria do corpo
- Maleável e flexível
- Boa capacidade de selagem (também reduz odor)

(Vicente, 2017)

# Controlo do Exsudado – Pele Circundante

- Proteger a pele com produtos barreira
- Para pele muito sensível usar material de penso não adesivo
- Aplicar moldura de hidrocolóide à volta da lesão
- A frequência da realização do penso é de acordo com o afluente
- Corticoide tópico para pele macerada
- Material de fixação

(EONS, 2015)

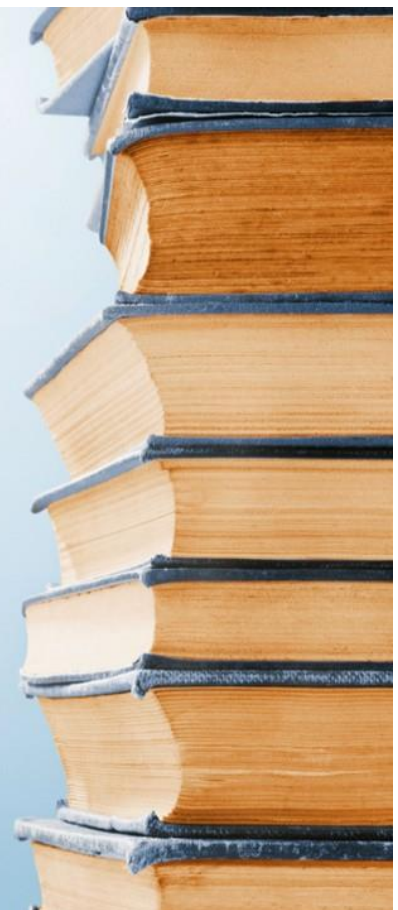
## Controlo do Exsudado – Proteção da Pele Circundante

- Silicone
- Óxido de zinco/copolímeros acrílicos
- Hidrocolóide
- Película de filme

(EONS, 2015)

## Controlo da Infecção

### Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna



# Controlo da Infecção

- Devido à proliferação bacteriana no tecido necrótico



# Controlo de Infecção

- É expectável a colonização bacteriana da ferida
- Agente tópicos de limpeza
- Desbridamento se necessário
- Agente antimicrobianos (mel, prata, iodo)

(Vicente, 2017)



## Controlo de Infecção

- Limpeza
- Desbridamento
- Antimicrobianos
- Antibióticos orais ou sistémicos

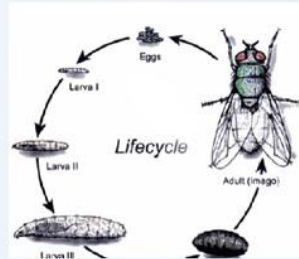
(Vicente, 2017)

## Myasis

- Infestação de uma ferida aberta com a larva de mosca (Díptera), em humanos ou animais
- Mais frequente em países tropicais e sub-tropicais
- Exposição prolongada em ambientes não controlados
- Relacionado com falta de higiene e altas temperaturas
- A ferida maligna constitui um bom meio para o seu desenvolvimento
- Na myiasis cutânea as larvas alimentam-se do tecido necrótico e exsudado existente na superfície da ferida
- Podem causar destruição maciça de tecidos, perda de olhos e até morte

(Caissie, Beaulieu, Giroux, Berthod & Landry, 2008; Solomon, Lachish & Schwartz, 2016); Pfützner, Wiegand & Werner, 2009)





## Myasis

- Irrigação da lesão com solução salina ou com antimicrobianos
- Remoção mecânica
- Cirurgia
- Privação de oxigênio e de humidade

(Caissie, Beaulieu, Giroux, Berthod & Landry, 2008, ; Solomon, Lachish & Schwartz, 2016; Pfützner, Wiegand & Werner, 2009; <http://www.larvalacademy.com/>, 2017)



Material de Penso

OBJETIVO

MATERIAL

Controlo de exsudado

Alginatos

Carboximetilcelulose

Espumas

Controlo da infeção

Controlo de odor

Desbridamento

Prata

Descrição

Soluções concentradas de ácidos que originam sais iónicos com propriedades antimicrobianas. Pode encontrar-se sob a forma iónica, nanocristalina ou de sulfadiazina. Existem associações que combinam diversos produtos com prata, por exemplo espumas, alginatos, carvão e hidrofibras.

Mecanismo

Os iões de prata têm ação antimicrobiana por precipitação das proteínas da parede celular e da membrana plasmática ainda.

Alertas:

A utilização prolongada deve ser sempre avaliada (risco de aumento das resistências, atraso na cicatrização), quando se utiliza penso de prata nanocristalina, o mesmo deve ser irrigado com água bidestilada.

([https://play.google.com/store/apps/details?id=com.furnasmedia.materialdepenso&hl=pt\\_PT](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.furnasmedia.materialdepenso&hl=pt_PT), 2017)

**Obrigada(o) pela vossa presença!!!!**

## Bibliografia

- Alexander, S. (2009a). Malignant Fungating Wounds: managing pains, bleeding and psychosocial issues. *Journal of Wound Care*, 18(10), 418-425.
- Alexander, S. (2009b). Malignant fungation wounds: Key symptoms and psychosocial. *Journal of Wound Care*, 18 (8), 325-32.
- Arambutu, A., Anón Orbeago, Vera, J., Santamaria Andrés, E., Alos Moner, M., Ylla Boré, E., Ferrer Solá, M. ... & Torra i Bou, J. (2004). Heridas Neoplásicas. In: Soldevilla Agredo, J. & Torra di Bou, J. (Coord.). *Atención Integral de las Heridas Crónicas* (p.387-401 ). Madrid: Spanish Publisher Associétes, S.A.
- Azevedo, E., Bolzan, M. & Barbosa, V. (2009). *Tratamento e Controle de Feridas Tumorais e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado: Série Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer/Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017) – Cuidados Paliativos: O que são? Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>. acedido a 30/05/2017.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Caissie, R., Beaulieu, F., Giroux, M., Berthod, F. & Landry, P. (2008). Cutaneous Myiasis: Diagnosis, Treatment, and Prevention. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 66(3), 560-568.
- Dowsett, C. (2002). Malignant Fungating Wounds: Assessement and Management. *Journal of Community Nursing*, 7(8), 394-400.
- Firmino, F., (2005). Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para a elaboração de protocolos de intervenção de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51, 347-9



# Bibliografia

- Gomes, C. & Jesus, C. (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In: Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 953- 969). Loures: Lusodidacta.
- Gomes, C. (2015). Limpeza da Ferida. In: Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (p. 203-216). Loures: Lusodidacta.
- González Barboteo, J. & Moreno Roldán, F. (2008). Problemas Dermatológicos:Úlceras Tumorales. In Portá, J., Gómez Batiste, X. & Tuca, A. (Eds.). *Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*. 2ªed. (pp.275-280). Madrid: Aran Ediciones, S.L.
- Naylor, W. A. (2005). A guide to wound managment in palliative care. *Intemational Journal of Palliative Nursing*, 11(11), 572.
- Parreira, A. & Marques, R. (2017) - Limpeza do leito da ferida. In: Parreira, A. & Marques, R. (Coord). *Feridas Manual de Boas Práticas*. (p. 49-63). Lisboa, Lidel Edições Técnicas, SA.
- Pfützner, W., Wiegand, S., & Werner, J. A. (2009). *Cutaneous manifestation of myiasis in malignant wounds of the head and neck*, 19(1), 64–68Solomon, M., Lachish, T., & Schwartz, E. (2016). Cutaneous Myiasis. *Current Infectious Disease Reports*, (9), 1. doi:10.1007/s11908-016-0537.
- Vicente, H. (2016) – Feridas malignas. In: Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos*, 3ª edição, p.401-435. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Vicente, H. (2017). Úlceras Malignas. In: Parreira, A. & Marques, R. (Coord). *Feridas Manual de Boas Práticas*. (p. 188-200). Lisboa, Lidel Edições Técnicas, SA.

**APÊNDICE XIII**  
**Sessão de formação 3**



8º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização  
Médico-Cirúrgica  
Vertente Oncológica  
Projeto de Estágio com Relatório  
Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

# Abordagem à Pessoa com Ferida Maligna

Sessão 3

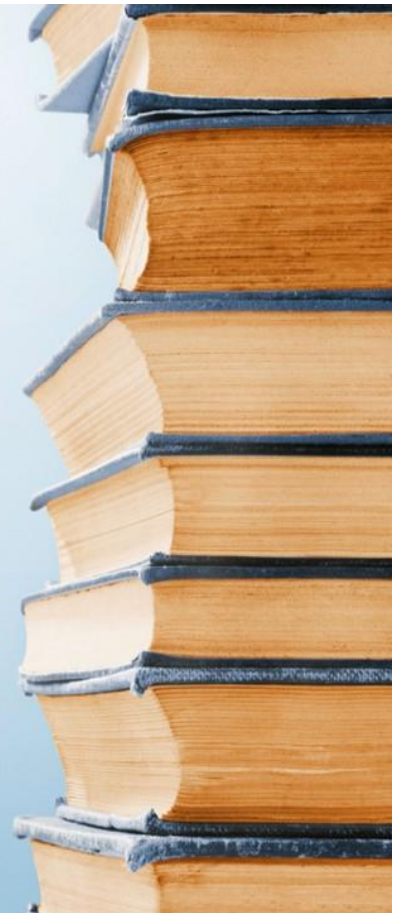
**Docente:** Prof.ª Deolinda Luz e Prof.ª Sandra Neves  
**Orientadora de Estágio:** Maria do Carmo Campaniço  
**Discente:** Dora Coelho n.º7762

## Sumário

- Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna:
  - Controlo do Odor
  - Controlo do Exsudado
  - Controlo da Infecção
  - **Controlo do Prurido**
  - **Controlo da Dor**
  - **Controlo da Hemorragia**
  - **Aspetos emocionais e sociais**

## Controlo do Prurido

# Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna



## Controlo do Prurido

- Maceração da pele peri lesional
- Devido à pressão causada pelo crescimento tumoral e que provoca irritação das terminações nervosas



(EONS, 2015)

# Controlo do Prurido

- Pensos de hidrogel refrigerados
- Creme com mentol
- Calamina
- Creme com capsaicina (0.25-0.75%)
- Anestésicos locais
- Anticonvulsivantes
- Antidepressivos (Paroxetina, Mirtazapina)
- Corticóides (tópicos, sistémicos)
- Anti-inflamatórios sistémicos
- Terapia com ultravioleta B
- Hidroxizina
- TENS
- Vestuário e roupa da cama adaptada a pessoas com eczema
- Aditivos para o banho (óleos não perfumados, aveia)



(Alexander, 2009; Vicente, 2016; EONS, 2015; Gomes & Jesus, 2015)

19/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

5

## Controlo da Dor

### Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna





# Controlo da Dor

- Danos nos nervos devido ao crescimento do tumor
- Compressão sobre as estruturas adjacentes
- Edema devido à alteração da capilaridade e da drenagem linfática
- Infecções
- Exposição de terminações nervosas
- Má gestão na mudança dos pensos

(EONS, 2015)



# Controlo da Dor



## Controlo da Dor



(Twycross, 2003)

## Controlo da Dor

- Avaliação da dor é fundamental pois permite a escolha de tratamento mais adequada
- Administrar analgesia antes da mudança do penso
- Utilizar material de penso com baixa aderência

(EONS, 2015)

# Controlo da Dor

- Limpar a ferida através de irrigação, com solução de limpeza aquecida
- Manter ambiente húmido na lesão para reduzir a aderência do material de penso e para proteger terminações
- Remover o material de penso suavemente
- Escolher produtos que requeiram menos mudanças
- Terapias complementares como: *TENS*, técnicas de relaxamento
- Opióide tópico (10 mg de morfina/8g de hydrogel; 1/1)
- Penso confortável

(EONS, 2015; Vicente, 2016)

# Controlo da Dor

Localização

Duração

Em momentos específicos:

remoção do penso (a) mudança do penso (b) outros (especifique) (c)

Qualidade:

Nociceptiva (a) neuropática (b) mista (c)

Irradiação

Fatores de alívio

Fatores de agravamento

Fácies

Vocalização

Postura Corporal

Intensidade:

Instrumento de Avaliação: Escala Numérica

Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

Terapêutica de resgate:

Antes da realização do penso (a)

Após a realização do penso (b)

Sintomas concomitantes



# Controlo da Dor

- Radioterapia
- Avaliar necessidade de alterar o esquema terapêutico
- Registar a avaliação da dor e as medidas realizadas



(EONS, 2015; Vicente, 2016)

## Controlo da Hemorragia

### Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna



## Controlo da Hemorragia

- Devido à fragilidade capilar
- As células tumorais rompem os vasos sanguíneos
- Agravada pela diminuição da função plaquetária dentro do tumor
- Estimulação local do fator de crescimento vascular endotelial

(EONS, 2015)



## Controlo da Hemorragia

- A hemorragia é um problema comum e significativo na pessoa com ferida maligna
- Muito angustiante para doente/família e para os profissionais
- A condição geral do doente deve ser tida em conta
- O tumor se corromper um vaso sanguíneo principal e pode causar a morte (hemorragia maciça)

(EONS, 2015)

# Controlo da Hemorragia

- **Prevenção:**

- Cuidados na aplicação/remoção do material de penso
- Irrigação do material de penso antes da sua remoção
- Usar material de penso não aderente e produtos húmidos
- Proteger os tecidos friváveis da ferida de traumas
- Material não fibroso



(EONS, 2015)

# Controlo da Hemorragia

- Pressão direta durante 10-15 minutos
- Aplicação de gelo local
- Agentes tópicos hemostáticos
- Coagulante sistémico
- Radioterapia
- Electroquimioterapia
- Cirurgia



(EONS, 2015); Vicente, 2017)

# Controlo da Hemorragia

- Agentes tópicos
  - Alginato de cálcio
  - Colagénio
  - Celulose oxidada
  - Esponja de gelatina
  - Trombina
  - Nitrato de Prata
  - Ácido tranexâmico/Ácido aminocapróico
  - Sucralfato
  - Solução de alumínio
  - Adrenalina 1:1000



(EONS, 2015)

# Erosão Arterial do Tumor



- Hemorragia maciça por envolvimento tumoral da aorta, carótida ou femural
- Episódio de hemorragia menores anteriores
- Mais 1,5 litros em 3seg

(Gonçalves & Oliveira, 2016; López López, Guevara Mendez & Ortega Royuel, 2004)

# Penso ideal para Ferida Maligna

- Limpar a ferida para remoção superficial de bactérias e detritos
- Irrigação abundante
- Conter/absorver exsudado
- Eliminar o espaço morto
- Eliminar a adesão do penso primário à da ferida
- Manter humidade no leito da ferida
- Promover pensos simétricos
- Prevenir a dor

(Azevedo, Bolzan & Barbosa, 2009)

- **De acordo com os objetivos do doente**

Alterações emocionais e sociais

## Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna



# Alterações Emocionais e Sociais



(EONS, 2015)

# Alterações Emocionais e Sociais

Associados as sintomas físicos (odor, exsudado, dor, hemorragia ou prurido)



Auto-imagem e auto-estima

Culpa

Repulsa

Vergonha

Ansiedade

Depressão

Isolamento social

Diminuição da libido sexual

(EONS, 2015)

## Alterações Emocionais e Sociais

- Perda de controlo sobre o corpo e sobre a própria vida
- A doença torna-se visível através da ferida
- Receio de serem excluídos

(EONS 2015)

## Alterações Emocionais e Sociais

- Pensos confortáveis
- Pensos discretos
- Manter simetria do corpo
- Controlo sintomático

(EONS, 2015)

# Alterações Emocionais e Sociais

- Principal fonte de apoio e cuidados
- Também vivenciam *stress* físico e psicológico
  - Dificuldade na gestão dos sintomas
  - Mudança do papel de parceiro para o papel de cuidador
  - Têm de adquirir competências
  - Uma boa gestão dos sintomas é uma tarefa essencial quando se cuida de uma pessoa com cancro



(EONS, 2015)

19/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

27

7

# Alterações Emocionais e Sociais



(EONS, 2015)

19/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

28



# Equipa Multidisciplinar



19/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

29

## Registos

- Avaliação global da pessoa com ferida maligna
- Todas as intervenções realizadas
- Ensinos realizados ao doente e/ou família, sinalizando os pontos de dificuldade, entendimento e habilidade
- Resultados obtidos



(Azevedo, Bolzan & Barbosa, 2009; EONS, 2015)

19/01/2018

Unidade Curricular Estágio com Relatório

30

**Obrigada(o) pela vossa presença!!!!**

## Bibliografia

- Alexander, S. (2009a). Malignant Fungating Wounds: managing pains, bleeding and psychosocial issues. *Journal of Wound Care*, 18(10), 418-425
- Alexander, S. (2009b) Malignant fungation wounds: Key symptoms and psychosocial. *Journal of Wound Care*, 18 (8), 325-32.
- Arambutu, A., Anón Orbegozo, Vera, J., Santamaria Andrés, E., Alos Moner, M., Ylla Boré, E., Ferrer Solà, M., ... & Torra i Bou, J. (2004). Heridas Neoplásicas. In: Soldevilla Agredo, J. & Torra di Bou, J. (Coord.). *Atención Integral de las Heridas Crónicas* (p.387-401 ). Madrid: Spanish Publisher Asocietes, S.A.
- Azevedo, E., Bolzan, M. & Barbosa, V. (2009). *Tratamento e Controle de Feridas Tumoriais e Úlceras por Pressão no Câncer Avançado: Série Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer/Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017) – Cuidados Paliativos: O que são? Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>, acedido a 30/05/2017.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Dowsett, C. (2002). Malignant Fungating Wounds: Assessement and Management. *Journal of Community Nursing*, 7(8), 394-400.
- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wound*. Brussels. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>, acedido a 14/03/2017.
- Gibson, S. & Green, J. (2013). Review of patients' experiences with fungating wounds and associated quality of life. *Journal Wound Care*, 22(5), 265-272.
- Gomes, C. & Jesus, C. (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In: Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 953- 969). Loures: Lusodidacta.
- Gomes, C. (2015). Limpeza da Ferida. In: Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (p. 203- 216). Loures: Lusodidacta.

# Bibliografia

- González Barboteo, J. & Moreno Roldán, F. (2008). Problemas Dermatológicos:Úlceras Tumorales. In Porta, J., Gómez Batiste, X. & Tuca, A. (Eds.). *Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal*. 2ªed. (pp.275-280). Madrid: Aran Ediciones, S.L.
- Gonçalves, E. & Oliveira, J. (2016). Urgências em Cuidados Paliativos. In: Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. (Edits). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. 3ªed.
- López López, M.C., Guevara Mendez, S. & Ortega Royuel, L. (2000). Urgencias en Cuidados Paliativos - Cuidados de Enfermería (175-181). In: López Imedio, E. *Enfermería en Cuidados Paliativos*. Madrid. Panamerica, S.A.
- Naylor, W. A. (2005). A guide to wound managment in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11 (11), 572.
- Probst, S., Arber, A., Trojan, A. & Faithfull, S. (2012). Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Supportive Care In Cancer: Official Journal Of The Multinational Association Of Supportive Care In Cancer*, 20(12), 3065-3070. doi:10.1007/s00520-012-1430-y.
- Krishnasamy, M. (2001). Wound Management. In Corner, J. & Bailey, C. (Eds.). *Cancer Nursing: Care in Context* (pp.376-382). London: Blackwell Science.
- Selby, T. (2009). Managing exudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nursing Times.net*, disponível em <http://www.nursingtimes.net/5001103.article>, acedido a 8/01/2018
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Vicente, H. (2017). Úlceras Malignas. In: Parreira, A. & Marques, R. (Coord). *Feridas Manual de Boas Práticas*. (p. 188-200). Lisboa, Lidel Edições Técnicas, SA.

## **APÊNDICE XIV**

### **Questionário de avaliação de ação de formação e resultados**

## Questionário de Avaliação da Ação de Formação Formando(a)

**Tema:** Abordagem à Pessoa com Ferida Maligna

**Ação:** Sessão \_\_\_\_

**Formadora:** Dora Lisa Rosmaninho Franco Coelho

A sua opinião sobre esta sessão é, para mim, muito importante, pois permite a melhoria e o ajuste dos conteúdos, métodos e sessões futuras. Marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 “nada” e ao valor 5 “muito” conforme a sua opinião

**Muito Obrigado(a)**

<b>A - Conteúdos programáticos e métodos</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
1.Conteúdos da ação de formação					
2.Estrutura dos conteúdos					
3.Interesse/utilidade dos conteúdos					
4.Adequação dos métodos usados					
5.Duração da ação de formação					

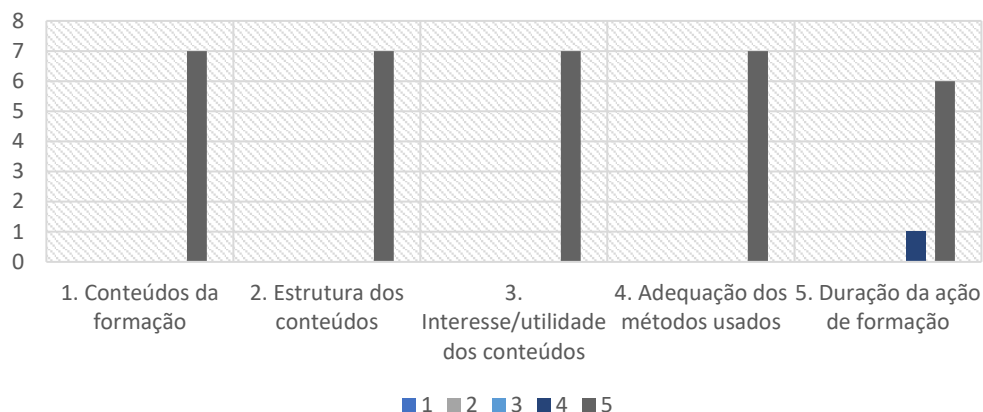
<b>B - Formadora</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
6.Domínio e clareza na exposição dos conteúdos					
7.Relacionamento com os formandos					
8.Capacidade para motivar para os conteúdos da ação					
9.Documentação e bibliografia adequada					
10.Pontualidade e cumprimento do tempo da ação					

<b>C – Avaliação Global da Ação de Formação</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
11.Concretização dos objetivos propostos					
12.Esta ação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos					
13.O nível dos conteúdos foi adequado ao seu nível de conhecimentos					
14.Recomendaria esta ação de formação a outros colegas					

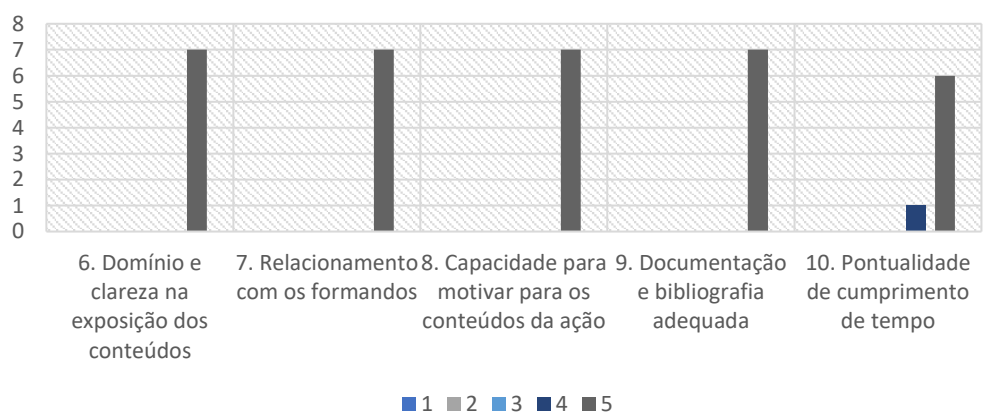
<b>D – Críticas/Sugestões/Comentários</b>

## Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação 1

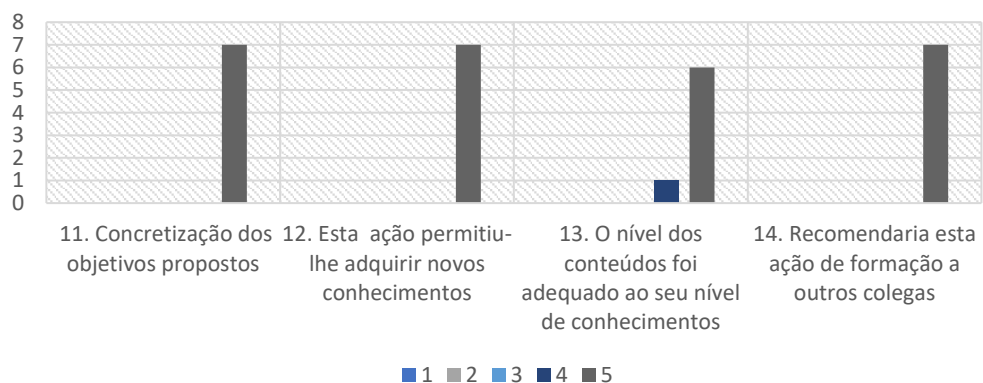
**Gráfico 1. Conteúdos Programáticos e Métodos**



**Gráfico 2. Formadora**



**Gráfico 3. Avaliação Global da Ação de Formação**

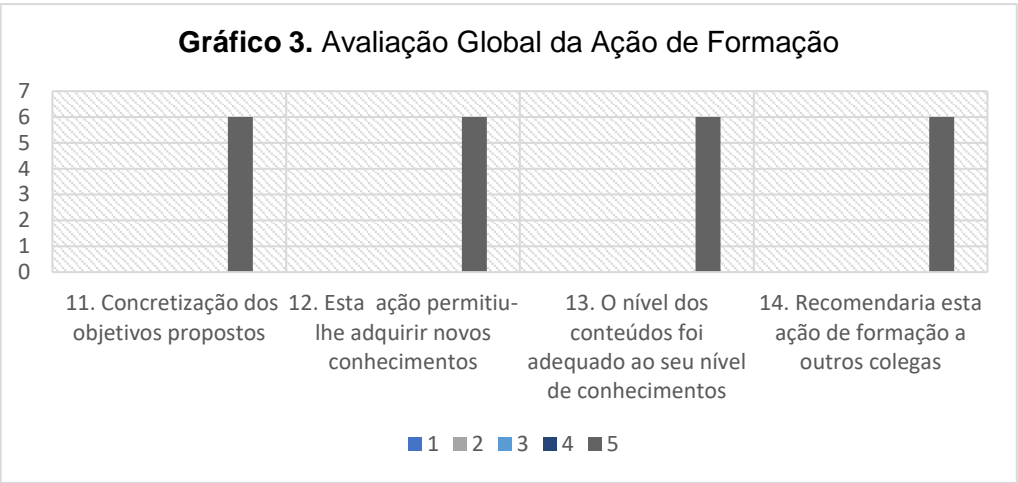
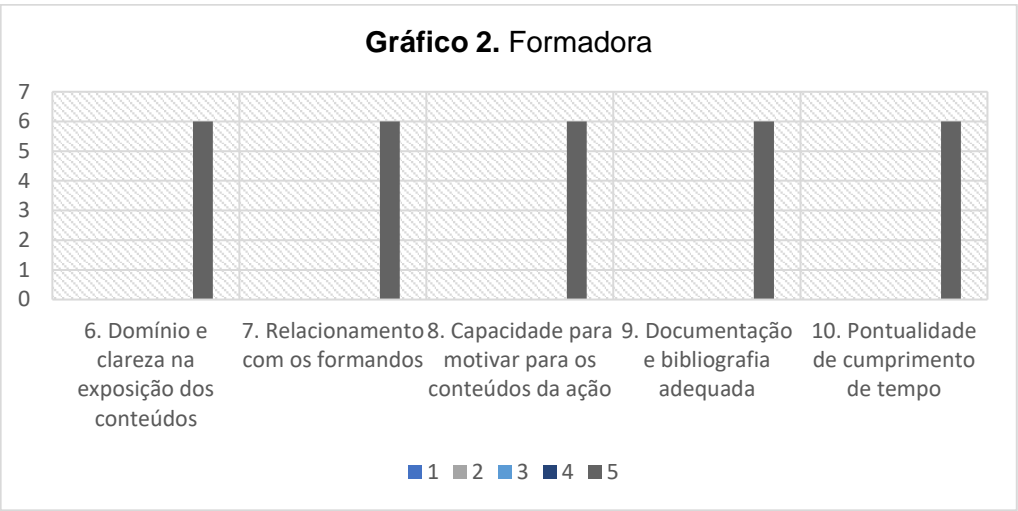
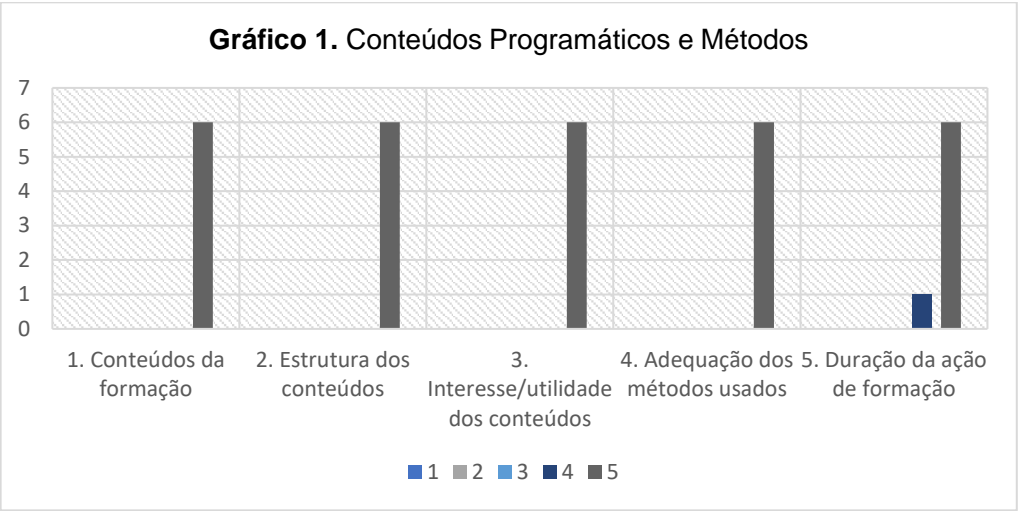


### Quadro 1. Críticas/Sugestões/Comentários

Elaboração de uma norma de serviço para uniformizar procedimentos.

Considero a formação/conteúdos abordados muito pertinentes e vão de encontro de necessidades que já sentia há muito tempo para melhor a minha prática e prestação de cuidados.

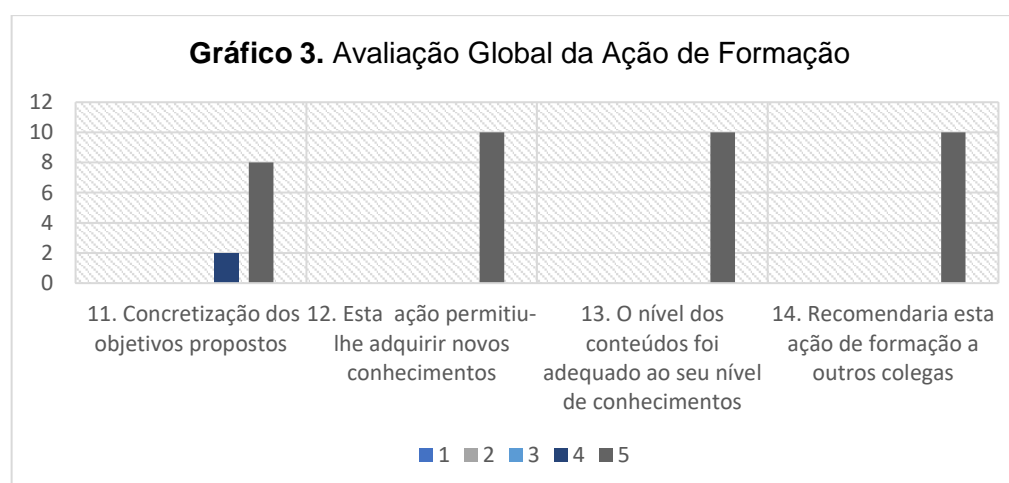
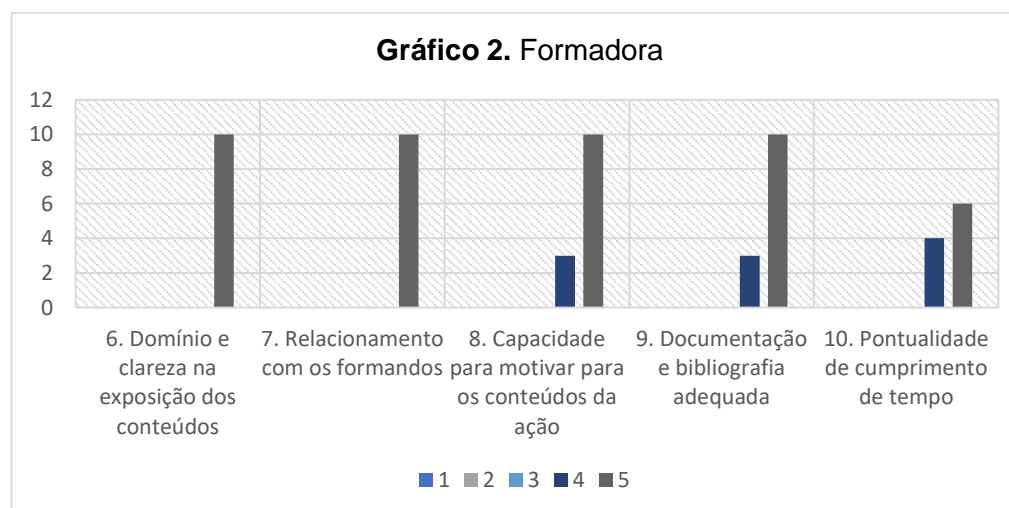
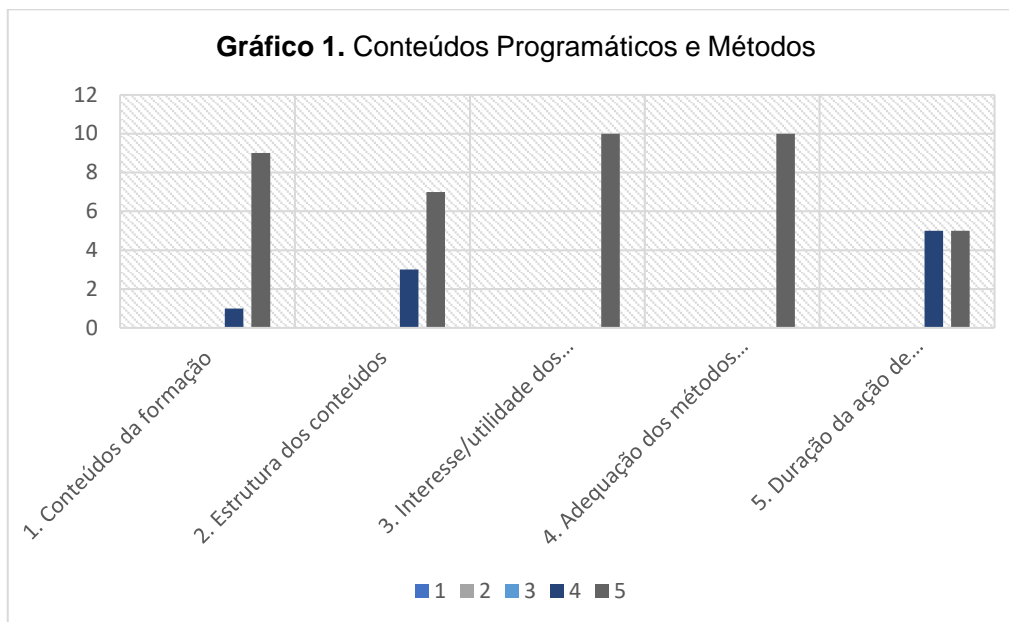
**Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação 2**



**Quadro 1. Críticas/Sugestões/Comentários**

--

## Resultados do questionário de avaliação da sessão de formação 3



### Quadro 1. Críticas/Sugestões/Comentários

Sem sugestões a apresentar. A formação foi apresentada de forma clara. Concisa e coerente.



## **APÊNDICE XV**

**Norma de atuação na intervenção de enfermagem à pessoa com  
ferida maligna**

	<b>LOCAL DE ESTÁGIO 4</b> <b>Instituição, serviço, n.º, tipologia do documento, ano</b>  <b>NORMA/ORIENTAÇÃO</b>	Página 1 de 8
		A Rever em ____/____/____
DIVULGAÇÃO	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO LOCAL À FERIDA MALIGNA</b>	Versão x

Data	Versão	Descrição	Autor	Revisão	Aprovação
____/____/____	1		Dora Coelho		____/____/____

## I – DEFINIÇÃO

Como os números indicam a doença oncológica tem uma incidência cada vez maior, em Portugal e no mundo, sendo mesmo considerado uma das doenças do presente e do futuro (Miranda & Portugal, 2014). Esta realidade tem levado a um crescimento progressivo do número de novos casos anuais, e um aumento da idade média da população afetada, perspetivando-se mesmo que em 2030 existam cerca de 50000 novos casos (Miranda & Portugal, 2014). Logo, cada vez mais será necessário prestar cuidados locais à pessoa com ferida maligna em serviços de internamento vocacionados para o cuidar a doentes oncológicos.

A ferida maligna é definida como a infiltração de um tumor ou de metástases na pele e pode envolver aos vasos sanguíneos e linfáticos adjacentes, podendo desenvolver-se em qualquer parte do corpo (EONS, 2015).

É uma realidade em oncologia e é devastadora para o indivíduo (Vicente, 2017). A evolução de uma ferida maligna está relacionada com a progressão da doença oncológica, e associada à doença avançada e incontrolável, logo é comum que a sua progressão seja rápida e incurável (Vicente, 2017).

O seu tratamento local consiste na limpeza da ferida maligna e tecidos adjacentes, controlo sintomático e aplicação de penso protetor se necessário.

	<b>LOCAL DE ESTÁGIO 4</b> <b>Instituição, serviço, n.º, tipologia do documento, ano</b>	Página 2 de 8
		A Rever em ____/____/____
	<b>NORMA/ORIENTAÇÃO</b>	
DIVULGAÇÃO	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO  TRATAMENTO LOCAL À FERIDA MALIGNA</b>	Versão x

## II – OBJETIVOS

- Promover um controlo sintomático eficaz;
- Proteger a pele e tecidos adjacentes;
- Prevenir complicações;
- Promover o conforto e bem-estar.

## III – INFORMAÇÕES GERAIS

### A – Quem executa

O Enfermeiro prestador de cuidados ao utente.

### B – Frequência

De acordo com prescrição do enfermeiro/médico, e das necessidades do utente

### C – Orientações quanto à execução

- Consultar o processo clínico de forma a individualizar, diagnosticar, planear e implementar os cuidados e avaliar os resultados;
- Verificar as condições ambientais: temperatura, ventilação e iluminação;
- Observar o utente: expressão facial, postura, cheiro da ferida, repasse, entre outros sinais;
- Examinar o utente de acordo com a abordagem global à pessoa com ferida maligna (Apêndice I) e tendo em conta os princípios gerais da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna (Apêndice II);
- Providenciar a execução do tratamento da ferida em local apropriado, sempre que possível;

	<b>LOCAL DE ESTÁGIO 4</b> <b>Instituição, serviço, n.º, tipologia do documento, ano</b>	Página 3 de 8
	<b>NORMA/ORIENTAÇÃO</b>	A Rever em __/__/__
<b>DIVULGAÇÃO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO LOCAL À FERIDA MALIGNA</b>	Versão x

- Preparar o material de acordo com as características da ferida maligna e as necessidades do utente;
- Ter informação acerca da ferida, relativamente a: localização, tamanho, profundidade, forma, quantidade e natureza do exsudado, presença de odor, origem de tecidos (desvitalizado ou necrótico), sinais de infeção, tipo de dor, dor relacionada com a mudança do penso, existência de focos hemorrágicos e condição da pele circundante;
- Executar o tratamento com técnica limpa, e com recurso a máscara se necessário, limpando a ferida e a pele circundante;
- Limpar a ferida da área menos contaminada para a mais contaminada;
- Evitar o atrito na limpeza da ferida, utilizando força mecânica mínima, de forma a prevenir o traumatismo dos tecido e subsequente dor ou hemorragia;
- Aplicar o cloreto de sódio ou água mornos, senão estiver contraindicado;
- A limpeza da ferida maligna pode ser realizada no chuveiro, se indicado;
- Realizar o penso de acordo com as características da pessoa, o conforto e a sua imagem corporal;
- Executar o tratamento da ferida com movimentos suaves;
- Executar o tratamento da ferida sempre que o penso se encontre molhado, repassado, descolado ou sujo, para prevenir a proliferação de microrganismos e promover o conforto e bem-estar;
- Aplicar o penso deixando uma margem de pele íntegra com cerca de 3cm.

	<b>LOCAL DE ESTÁGIO 4</b> <b>Instituição, serviço, n.º, tipologia do documento, ano</b>	Página 4 de 8
	<b>NORMA/ORIENTAÇÃO</b>	A Rever em __/__/__
<b>DIVULGAÇÃO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO LOCAL À FERIDA MALIGNA</b>	Versão x

#### IV – PROCEDIMENTO/ INSTRUÇÕES

Tratamento local à Ferida Maligna	
Intervenções de Enfermagem	Justificação
- Reunir e providenciar os recursos junto ao utente	- Otimizar tempo
- Lavar as mãos	- Prevenir a contaminação
- Instruir o utente acerca do procedimento	- Instruir e informar - Obter colaboração - Diminuir ansiedade
- Posicionar o utente ou auxiliá-lo a posicionar-se, de acordo com a sua situação clínica e área a expor	- Facilitar a execução do procedimento
- Aplicar resguardo de celulose sob a área da execução do tratamento	- Manter o local limpo e seco - Promover o conforto e bem-estar
- Calçar luvas não esterilizadas	
- Remover o penso, com o auxílio de removedor de adesivo se necessário	- Expor a lesão - Prevenir complicações (dor e/ou hemorragia) - Promover a integridade cutânea
- Observar as características do penso que foi retirado, a ferida e a pele circundante	- Monitorizar a evolução da ferida maligna

	<b>LOCAL DE ESTÁGIO 4</b> <b>Instituição, serviço, n.º, tipologia do documento, ano</b>	Página 5 de 8
	<b>NORMA/ORIENTAÇÃO</b>	A Rever em __/__/__
<b>DIVULGAÇÃO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO LOCAL À FERIDA MALIGNA</b>	Versão x

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Justificação</b>
- Remover as luvas	
- Lavar as mãos.	- Prevenir a contaminação
- Preparar o material a utilizar para a realização do tratamento da ferida maligna	
- Calçar luvas não esterilizadas	
- Executar colheita de exsudado para análise, se necessário	- Identificar a presença de microrganismos
- Limpar e irrigar a ferida	- Remover microrganismos - Remover detritos - Prevenir infeção - Prevenir lesão dos tecidos
- Limpar a pele circundante à ferida maligna	- Prevenir a contaminação - Promover a integridade cutânea - Facilitar a aderência do penso
- Observar as características da ferida e da pele circundante	- Monitorizar a evolução da ferida maligna
- Remover tecido desvitalizado/necrosado, se necessário e indicado	- Remover tecido desvitalizado/necrosado - Reduzir a carga microbiana - Reduzir o odor da ferida maligna

	<b>LOCAL DE ESTÁGIO 4</b> <b>Instituição, serviço, n.º, tipologia do documento, ano</b>	Página 6 de 8
	<b>NORMA/ORIENTAÇÃO</b>	A Rever em __/__/__
<b>DIVULGAÇÃO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO LOCAL À FERIDA MALIGNA</b>	Versão x

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Justificação</b>
- Limpar a e secar a ferida e pele circundante, com compressa estéril	- Prevenir a contaminação - Facilitar a aderência do penso
- Aplicar material tópico, de acordo com as características da ferida maligna e da pele circundante (ver princípios da gestão de sintomas associados à ferida maligna no Apêndice III)	- Controlo dos sintomas associados à ferida maligna
- Proteger a pele circundante, se necessário	- Prevenir complicações - Promover integridade cutânea
- Aplicar material de penso, de acordo com as características da ferida maligna	- Controlo dos sintomas associados à ferida maligna - Facilitar o contacto do material tópico - Proteger a lesão da contaminação
- Remover as luvas	
- Lavar as mãos	- Prevenir a contaminação
- Reinstalar o doente, se necessário.	- Promover conforto
- Assegurar a recolha e descontaminação do material, se necessário	- Manter a unidade arrumada - Prevenir a contaminação ambiental (incluindo o odor)
- Assegurar a recolha e descontaminação do material, se necessário	- Manter a unidade arrumada - Prevenir a contaminação ambiental (incluindo o odor)

	<b>LOCAL DE ESTÁGIO 4</b> <b>Instituição, serviço, n.º, tipologia do documento, ano</b>	Página 7 de 8
	<b>NORMA/ORIENTAÇÃO</b>	A Rever em __/__/__
<b>DIVULGAÇÃO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO LOCAL À FERIDA MALIGNA</b>	Versão x

<b>Intervenções de Enfermagem</b>	<b>Justificação</b>
- Lavar as mãos	- Prevenir a contaminação
- Rubricar a folha de registo de terapêutica.	- Confirmar a administração da terapêutica.

## **V- MONITORIZAÇÃO/VERIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO**

Esta norma, bem como os procedimentos constantes na mesma deverá ser examinada e verificada quanto à sua integridade, adequação e eficácia dos procedimentos, das instruções, fluxos, entre outros, expressos no documento, anualmente, de forma a aumentar o grau de confiança dos procedimentos.

## **IV – REGISTOS**

- Data e hora da execução do tratamento à ferida maligna;
- Características da ferida maligna e da pele circundante;
- Diagnósticos de enfermagem;
- Intervenções de enfermagem;
- Resultados obtidos;
- Ensinos realizados.

## **VI – SIGLAS**

**Cm** – Centímetros



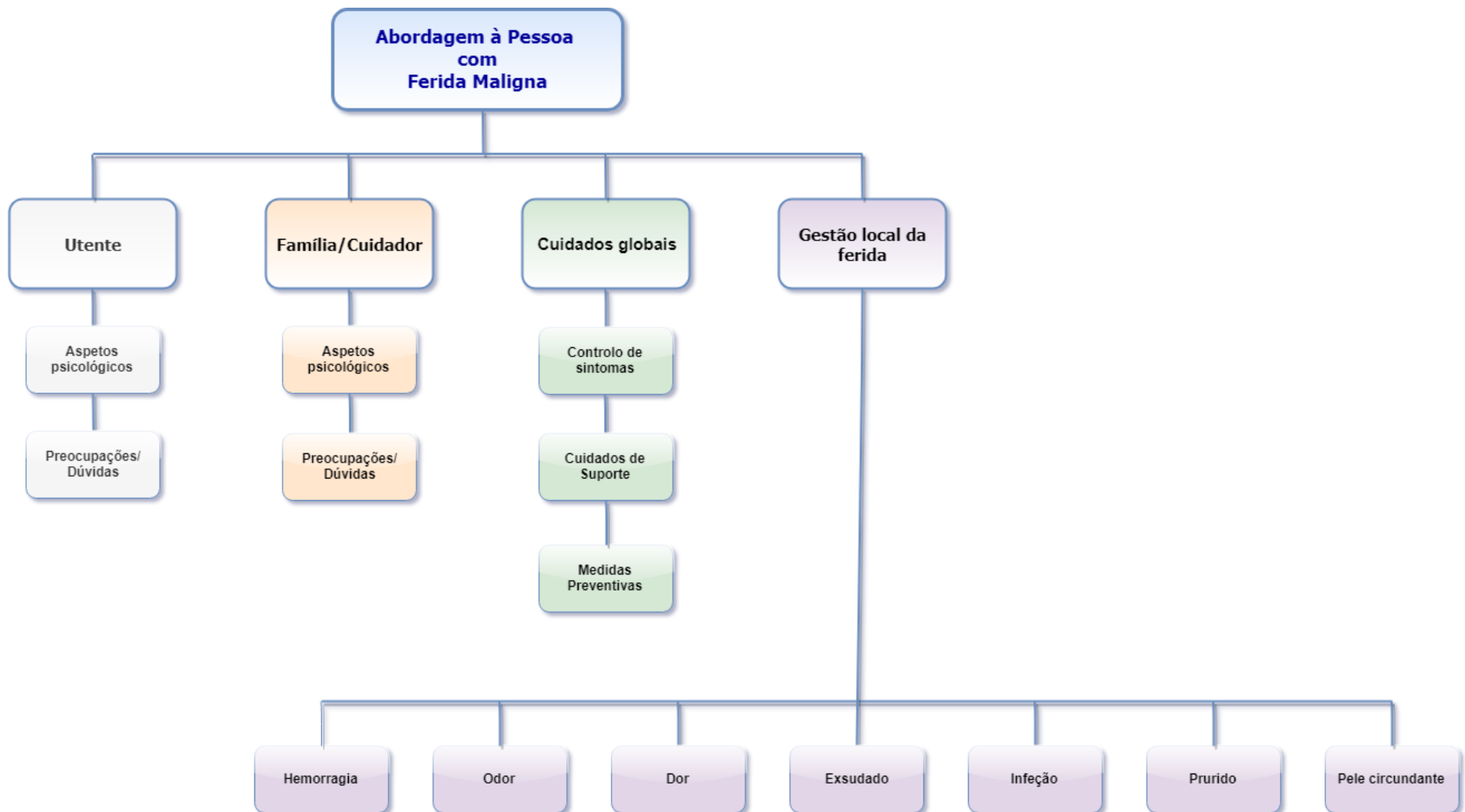
	<b>LOCAL DE ESTÁGIO 4</b> <b>Instituição, serviço, n.º, tipologia do documento, ano</b>	Página 8 de 2
	<b>NORMA/ORIENTAÇÃO</b>	A Rever em __/__/__
<b>DIVULGAÇÃO</b>	<b>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO LOCAL À FERIDA MALIGNA</b>	Versão x

## VII – BIBLIOGRAFIA

- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wound*. London. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>,  
acedido a 14/03/2017.
- Miranda, N. & Portugal, C. (2014). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Relatório de 2014*. Direção Geral de Saúde.
- Vicente, H. (2017). Úlceras Malignas. In Parreira, A & Marques, R, *Feridas*. (pp.188-199). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.

## **APÊNDICE I**

### **Abordagem global da pessoa com ferida maligna**



## **APÊNDICE II**

### **Princípios gerais da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna**

## Princípios gerais da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna



### **APÊNDICE III**

#### **Princípios da gestão de sintomas associados à ferida maligna**

## Princípios da Gestão de Sintomas Associados à Ferida Maligna

### HEMORRAGIA

- Cuidados na remoção do penso
- Limpeza da ferida com irrigação
- Usar de material não aderente (primário)
- Administrar terapêutica tópica e endovenosa de acordo com prescrição
- Aplicar pressão direta 10 a 15'
- Aplicar material tópico adequado

### ODOR

- Limpar a ferida
- Desbridar, se indicado
- Aplicar metronidazol tópico de acordo com prescrição
- Aplicar material tópico adequado
- Aplicar material com capacidade de absorção
- Medidas de controlo ambiental

### DOR

- Avaliar a dor
- Administrar analgesia 15 a 30' antes da realização do penso
- Cuidados na remoção do penso
- Limpeza da ferida com irrigação
- Usar material não aderente

### EXSUDADO

- Aplicar material com capacidade de absorção

### INFECÇÃO

- Administrar terapêutica e sistémica
- Limpar a ferida
- Desbridar, se indicado
- Aplicar material tópico adequado

### PRURIDO

- Administrar terapêutica segundo prescrição
- Aplicar loções ou cremes (ex. com mentol), em pele íntegra
- Aditivos para o banho com óleo e sem perfume, ou com aveia

### PELE CIRCUNDANTE

- Evitar o uso de adesivo em pele frágil
- Aplicar produtos para proteção cutânea
- Fixar material de penso com produtos não aderentes
- Se possível usar removedor de adesivo

## **APÊNDICE XVI**

### **Guia Orientador de Boas Práticas da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna**





8º Curso de Mestrado na Área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Vertente de Oncologia

**GUIA ORIENTADOR DE BOAS PRÁTICAS DA INTERVENÇÃO DE  
ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA MALIGNA**

Discente:

Dora Lisa Rosmaninho Franco Coelho, n.º 7762

Lisboa  
2018

## ÍNDICE

<b>SUMÁRIO.....</b>	<b>4</b>
<b>TÍTULO.....</b>	<b>4</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>5</b>
<b>2. DESTINATÁRIOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3. FINALIDADE.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1. Objetivos Gerais .....</b>	<b>9</b>
<b>3.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>9</b>
<b>4. SUPORTE NORMATIVO.....</b>	<b>10</b>
<b>5. REFLEXÃO ÉTICA.....</b>	<b>12</b>
<b>6. FUNDAMENTAÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>7. PRINCÍPIOS GERAIS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA MALIGNA.....</b>	<b>17</b>
<b>8. OPERACIONALIZAÇÃO DAS LINHAS ORIENTADORAS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA MALIGNA.....</b>	<b>19</b>
<b>9. FLUXOGRAMAS.....</b>	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>36</b>

## APÊNDICES

APÊNDICE I – Estratégia de Pesquisa

APÊNDICE II – Documento de Extração de Dados e Descrição de Dados

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA do processo de revisão.....	20
Figura 2. Fluxograma da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Dor.....	31
Figura 3. Fluxograma da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Hemorragia.....	32

Figura 4. Fluxograma da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Odor/Infecção.....	33
Figura 5. Fluxograma da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Exsudado.....	34
Figura 6. Fluxograma da Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Prurido.....	35

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>QUADRO 1.</b> Intervenção de enfermagem para a abordagem física à pessoa com ferida maligna .....	22
<b>QUADRO 2.</b> Intervenção de enfermagem para a abordagem dos sintomas físicos associados à ferida maligna.....	23
<b>QUADRO 3.</b> Intervenção de enfermagem para a abordagem física emocional e social à pessoa com ferida maligna.....	29

## SUMÁRIO

Este guia orientador de boas práticas, visa sistematizar as intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna tendo por base a evidência científica. Na sua realização seguiu-se as recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados da Ordem dos Enfermeiros (2007). A sua realização surge no âmbito do 8º Curso de Mestrado na Área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente de Oncologia.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007, p. 4):

a boa prática advém da aplicação de linhas orientadoras baseadas em resultados de estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos, com o objetivo de obter respostas satisfatórias dos clientes e dos profissionais na resolução de problemas de saúde específicos.

Este guia orientador permitirá que os profissionais do serviço tenham acesso a informação fiável atualizada acerca dos cuidados à pessoa com ferida maligna, quando seja necessária sua a intervenção de forma a resolver um problema, englobando sempre os desejos dos utentes (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Pretende-se que este guia seja uma mais valia na intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna, dando respostas ao problemas e necessidades dos utentes que dela necessitam. Desta forma podemos identificar as intervenções adequada a cada problema, promovendo a segurança dos cuidados prestados e qualidades dos mesmo, bem como obter a satisfação dos utentes.

## TÍTULO

Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna

## INTRODUÇÃO

Como os números indicam a doença oncológica tem uma incidência cada vez maior, em Portugal e no mundo, sendo mesmo considerado uma das doenças do presente e do futuro (Miranda & Portugal, 2014). Esta realidade tem levado a um crescimento progressivo do número de novos casos anuais, e um aumento da idade média da população afetada, perspetivando-se mesmo que em 2030 existam cerca de 50000 novos casos (Miranda & Portugal, 2014). É, pois, fácil perceber que embora o número de pessoas com ferida maligna seja baixo, este irá certamente aumentar.

As feridas malignas resultam da infiltração e proliferação de células malignas nas estruturas da pele, e são comumente associadas ao cancro da mama, cabeça e pescoço, rim, pulmão, ovário, colon, pénis, bexiga, linfoma e leucemia (Naylor, 2003).

Embora sejam relativamente pouco frequentes, representam um desafio para os enfermeiros e para os cuidadores (Dowsett, 2002). São lesões potencialmente extensas e com comorbilidades associadas, cujos cuidados são complexos e que requerem competências específicas (Grocott, 2007).

A sua cicatrização é pouco provável, na medida em que se relaciona com a evolução da doença oncológica (Naylor, 2005). Sendo mais frequente nos últimos meses de vida, as feridas malignas requerem uma abordagem paliativa.

Para a gestão de feridas em doentes em fim de vida é necessário: que o tratamento inclua a doença de base e a gestão de comorbilidades existentes; a gestão de sintomas e gestão local da ferida (Grocott, 2007). As preocupações mais frequentemente associadas às feridas malignas referem-se ao odor, altos níveis de exsudado, dor e hemorragia (Naylor, 2005).

As feridas malignas têm um efeito significativo na pessoa, na família e nos serviços de saúde por um potencial período de tempo prolongado (Grocott, 2007). Devido a toda a complexidade inerente à abordagem à pessoa com ferida maligna, torna-se imprescindível que os enfermeiros estejam capacitados para dar resposta às suas necessidades. Grocott (2007), afirma que qualquer enfermeiro que já tenha cuidado de uma pessoa com ferida maligna sabe o quão desafiadores são os cuidados prestados aos doentes com cancro avançado.

## **Ferida maligna**

É definida como a infiltração de um tumor ou de metástases na pele e pode envolver aos vasos sanguíneos e linfáticos adjacentes, podendo desenvolver-se em qualquer parte do corpo (EONS, 2015).

São uma realidade em oncologia e são devastadoras para o indivíduo (Vicente, 2017). A evolução de uma ferida maligna está relacionada com a progressão da doença oncológica, e associada à doença avançada e incontrolável, logo é comum que a sua progressão seja rápida e incurável (Vicente, 2017).

## **Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna**

De acordo com a OE (2011, p.3), os cuidados de enfermagem implicam “uma abordagem abrangente, compreensiva numa avaliação holística do indivíduo e da satisfação das suas necessidades, recursos, objetivos e desejos, com vista a preservar a sua dignidade, a maximizar a sua qualidade de vida e a diminuir os eu sofrimento”. Tudo através da construção de um clima de confiança, um sentimento de solidariedade e de capacitação (OE, 2011).

Considerando que a pessoa em ferida maligna, se encontra, a maioria das vezes, em fim de vida devido à progressão da doença oncológica, temos de promover: o adequado controlo da dor, ou qualquer fonte de desconforto; que experiencie conforto; que experiencie dignidade e respeito; que esteja em paz, e que seja facilitada a proximidade com as pessoas que lhe são significativas (Ruland & Moore, 1998). Nesta fase avançada da doença são os enfermeiros que habitualmente providenciam conhecimentos e cuidados compassivos, pelo que estes profissionais precisam de compreender e interpretar a complexidade da situação e ter conhecimentos dos fatores que podem contribuir para um fim de vida tranquilo (Ruland & Moore, 1998).

## **Cuidados a feridas**

Envolvem “os cuidados que respondem a todas as necessidades das pessoas de modo a maximizar a sua qualidade de vida, enquanto tiverem uma ferida” (Parreira & Marques, 2017a, p.3). Os cuidados a feridas implicam a avaliação de todos os aspetos que possam, de alguma forma ter impacto na vida do indivíduo, o ambiente em que são prestados e os profissionais que estão disponíveis para os prestar (Parreira & Marques, 2017a).

Apenas com uma avaliação criteriosa se podem prestar cuidados efetivos, com uma boa relação custo eficácia e que melhorem a qualidade de vida da pessoa com ferida (Parreira & Marques, 2017a).

### **Boas práticas**

São as técnicas identificadas como sendo as melhores, tendo em conta a eficácia, eficiência e reconhecimento de valor para os intervenientes (Parreira & Marques, 2017b).

Ao aplicar-se as boas práticas nos cuidados a feridas está-se a contribuir para o controlo de custos financeiros e sociais, que lhes são associados (Parreira & Marques, 2017b).

Dowsett (2002), afirma que, apesar da ferida maligna ser pouco frequente, apresenta um grande desafio para a enfermagem e para os cuidadores. Qualquer enfermeira que já tenha cuidado de uma pessoa com ferida maligna sabe que representa um desafio no cuidar de pessoas com doença oncológica avançada (Grocott, 2007), e que “para isso há necessidade de haver uma Prática Baseada na Evidência, uma gestão integrada da ferida e um trabalho interdisciplinar” (Menoita, 2015, p. XXVI).

Os enfermeiros têm de ter qualificações específicas para abordar os cuidados à FM pois estes têm particularidades para as quais é necessário desenvolver de competências aplicáveis (Menoita, 2015). A disseminação da evidência e a sua tradução para a prática é da responsabilidade das enfermeiras de oncologia (Tavernier, 2014).

## **2. DESTINATÁRIOS**

Este guia orientador destina-se a todos os enfermeiros que prestem cuidados diretamente a pessoas com ferida maligna, em qualquer contexto.



### **3. FINALIDADE**

Este documento tem como propósito o apoio à prestação de cuidados à pessoa com ferida maligna, com base na evidência científica disponível.

#### **3.1. Objetivos gerais**

- Capacitar os enfermeiros para as intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna;
- Melhorar os cuidados prestados à pessoa com ferida maligna;
- Promover a segurança dos cuidados prestados à pessoa com ferida maligna; baseando a prática na evidência científica disponível.

#### **3.2. Objetivos específicos**

- Promover um controlo sintomático eficaz à pessoa com ferida maligna;
- Prevenir complicações associadas à ferida maligna;
- Promover o conforto e bem-estar na pessoa com ferida maligna.

#### 4. SUPORTE NORMATIVO

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006a). *Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Disponível em: [https://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios\\_de\\_Qualidade-2006.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf), acedido a 14/09/2018.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006b). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP*. Disponível em: [https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf), acedido a 14/09/2018.
- Despacho 14311-A/2016 (2016). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos para o biénio 2017/2018. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. *Diário da República*, II Série (N.º 228 de 28-11-de 2016), 35360- 35366.
- Direção Geral de Saúde (2015). *Plano Nacional de saúde. Revisão e extensão a 2020*. DGS, 1-38.
- EONS (2013). *Cancer Nursing Curriculum* (4<sup>th</sup> ed.). Brussels. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf>, acedido a 28/05/2017.
- Miranda, N. & Portugal, C. (2014). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Relatório de 2014*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Miranda, N. & Portugal, C. (2015). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Relatório de 2015*. Lisboa: Direção Geral de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament\\_o\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulament_o_competencias_comuns_enfermeiro.pdf), acedido a 30/05/2017.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCESituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCESituacaoCronicaPaliativa.pdf), acedido a 30/05/2017.

## 5. REFLEXÃO ÉTICA

Este Guia Orientador de Boas Práticas assenta a sua base no Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2005), que afirma que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade quer da pessoa humana, quer do enfermeiro; e são valores universais a observar na relação profissional: a igualdade; a liberdade responsável; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional.

Os princípios orientadores da prática de enfermagem são a responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade; o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes e a excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

De acordo com Beauchamp & Childress (1994), existem quatro princípios éticos que devemos respeitar perante questões éticas que são: o princípio da Beneficência, o princípio da Não- Maleficência, o princípio da Justiça e o princípio da autonomia.

Relativamente ao princípio da Beneficência, pode ser definido como o fazer o bem ao outro, prevenindo o mal ou dano, removendo o mal ou dano e fazer ou promover o bem, como referido por Beauchamp & Childress (1994). Este princípio tem implícitas algumas regras específicas como, proteger e defender os direitos do outro, prevenir ocorrência de danos, remover condições que causem danos aos outros, ajuda a pessoas com incapacidade e resgatar pessoas em perigo (Beauchamp & Childress, 1994).

Já o princípio da não-maleficência diz-nos que não devemos causar o mal, ou seja, não devemos matar, ofender, incapacitar, causar dor ou sofrimento, nem privar outros das coisas boas da vida (Beauchamp & Childress, 1994). De acordo com Kipper & Clotet (1998), este princípio pode mesmo ser encarado como uma obrigação em não causar o mal a alguém.

Quanto à justiça requer a distribuição equitativa de bens, serviços, riscos e custos, e implica a noção de que os doentes em posições similares devem ser tratados de maneira similar (Beauchamp & Childress, 1994).

A autonomia visa o respeito pela pessoa, liberdade sua escolha, capacidade de determinar o seu percurso pessoal (Burkhardt & Nathaniel, 1998). Para a tomada da decisão ética temos ainda de ter em consideração os restantes princípios éticos

que a orientam como a veracidade, confidencialidade, vulnerabilidade, fidelidade, que também deveremos sempre respeitar.

Segundo Greipp (1992), as enfermeiras precisam de estar mais conscientes das decisões éticas diárias e dos muitos fatores que as influenciam de modo a desenvolver competências para esse processo cognitivo.

Para Bandman & Bandman (1995), as razões que nos levam a escolher ou a rejeitar os cuidados a prestar necessitam de ser analisadas de forma crítica relativamente a todas as possibilidades. Segundo Neves & Pacheco (2002), os enfermeiros assumem o compromisso de cuidar de pessoas, e dessa forma visam a promoção da sua qualidade de vida, e que "este é o domínio genérico do agir profissional – o locus onde se junta a ética da promessa e o compromisso do cuidar" (Neves & Pacheco, 2002, p.34).

## 6. FUNDAMENTAÇÃO

A ferida maligna resulta da infiltração da pele por células neoplásicas, seja por um tumor primário ou por metastização (Vicente, 2016, citando Firmino 2007). Na bibliografia surge também denominada de ferida neoplásica, úlcera ou lesão.

Embora os dados estatísticos da sua incidência não sejam exatos, estima-se que 14,5% das pessoas com doença oncológica avançada desenvolve ferida maligna (Gomes & Jesus, 2015), e que 5 a 10% dos doentes que têm doença metastática (Selby, 2009).

Cancro da mama, melanoma, bexiga, colon, rim, ovário, útero, estomago, cabeça e pescoço, e pulmão são os tipos de cancro com mais potencial para o surgimento de feridas malignas sendo, no entanto, mais comuns no cancro da mama (Krishnasamy, 2001).

A ferida maligna pode surgir em qualquer local do corpo da pessoa com doença oncológica avançada, mas os locais mais comuns são na mama (49%), pescoço (21%), tórax (18%), extremidades, incluindo genitais (17%), cabeça (13%) e noutros locais (2%) (EONS, 2015).

São mais frequentes nos últimos 6 a 12 meses de vida (meses (Probst et al., 2012), e a faixa etária mais afetada situa-se entre os 60 e os 70 anos de idade (Haisfield-Wolte & Rund, 1997, citados por Dowsett, 2002).

As lesões podem surgir de um só nódulo ou de vários, sejam subcutâneos ou intradérmicos, posteriormente pode aparecer um dano maciço da pele, devido ao crescimento proliferativo, à perda de vascularização e à ulceração (Probst et al., 2012).

No caso de se verificar um controlo da doença oncológica as feridas malignas podem ser controláveis (Vicente, 2016), mas sem controlo das células tumorais, através de tratamento médico, ou com quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia, electro quimioterapia ou cirurgia, a lesão continuará a aumentar (EONS, 2015). Se tal se verificar, o objetivo dos cuidados à ferida maligna é a palição e não a cura (EONS, 2015).

É importante compreender que juntamente com as feridas malignas existem outros problemas associados como a alteração da autoimagem, autoestima, isolamento, dor, hemorragia, odor e complicações derivadas do processo neoplásico (Arambut et al., 2004). Os sintomas mais frequentemente associados a estas lesões

são a dor, mau cheiro, exsudado e hemorragia local (González Barboteo & Moreno Roldán, 2008).

Embora a experiência da pessoa com ferida maligna seja única e individual, podemos dizer que é intensa e inesquecível, em que se sente falta de controlo sobre o corpo e sobre a vida (EONS, 2015).

A ferida maligna apresenta um desafio, físico e emocional, para o doente, para os cuidadores e para os profissionais de saúde (EONS, 2015).

Segundo Shulz, Triska & Tonkin (2002), os enfermeiros identificam a dor, como o sintoma mais preocupante na abordagem à pessoa com ferida maligna, seguindo-se de problemas físicos, *stress* emocional, aspetos sociais, compromisso funcional, complicações e deterioração nutricional. A gestão da doença, onde se inclui a ferida maligna, é caracterizada por atividades que têm o objetivo de promover e proteger a saúde, monitorizar e gerir sinais e sintomas, gerir o seu impacto sobre a funcionalidade, emoções e relações interpessoais e a adesão ao regime de tratamento (Von Korff, Gruman & Schaefer, 1997).

Relativamente ao tratamento local da ferida maligna, destaca-se a dificuldade em aplicar material de penso, e disfarçar o desconforto perante o odor. Lidar com os doentes também pode ser emocionalmente difícil para enfermeiros, quando estão perante uma ferida incurável (EONS, 2015).

Sabendo que a pessoa com ferida maligna, apresenta uma progressão da sua doença oncológica, é importante a promoção dos cuidados paliativos. Estes cuidados são definidos pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017), como uma “resposta ativa aos problemas decorrentes da doença prolongada, incurável e progressiva, na tentativa de prevenir o sofrimento que ela gera e de proporcionar a máxima qualidade de vida possível a estes doentes e suas famílias” (para.4). Os cuidados paliativos são uma abordagem que visa a melhoria da qualidade de vida dos doente e famílias que enfrentam problemas associados a uma doença fatal, através da prevenção e alívio do sofrimento através da deteção precoce e avaliação impecável da dor e outros problemas físicos, psicológicos e espirituais (WHO, 2017, considerando o impacto da ferida maligna, a filosofia dos cuidados paliativos tem de estar presente quando se aborda o utente.

O fim de vida é, um dos maiores desafios da vida familiar requerendo um reequilíbrio das relações familiares (Rolland, 2005). Alterações na dinâmica familiar como a passagem de familiar a familiar cuidador requer suporte em contexto domiciliário, quer em contexto hospitalar (Carduff et al., 2016). A prática mostra-nos

que, na nossa realidade, os cuidados são prestados à pessoa com ferida maligna são fornecidos por elementos da família, e que também eles são afetados por todos o impacto inerente à presença de uma ferida maligna (EONS, 2015).

Por todos estes factos, e pelas várias implicações que a ferida maligna acarreta na vida da pessoa com doença oncológica, torna-se importante conhecer quais as intervenções de enfermagem adequadas à pessoa com ferida maligna, para que se possam gerir os sintomas associados e o seu impacto na sua vida.

A escolha do tema para este Guia de Boas Práticas vem neste sentido, quer pelo desconhecimento dos cuidados locais à ferida maligna, quer pelo facto da sua abordagem ser extremamente difícil devido aos aspetos físicos, emocionais e psicológicos envolventes. A pouca evidência científica recente sobre a ferida maligna revela esta problemática e a necessidade de produzir mais conhecimento que nos esclareça sobre o tema.



## **7. PRINCÍPIOS GERAIS DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM FERIDA MALIGNA**

De acordo com os achados da evidência científica podemos concluir que os princípios gerais da intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna podem ser divididos na abordagem física, a abordagem dos sintomas associados à ferida maligna e a abordagem emocional e social.

É importante informação sobre a localização, tamanho, profundidade, forma, quantidade e natureza do exsudado, presença de odor, origem de tecidos (desvitalizado ou necrótico), sinais de infecção, tipo de dor, dor relacionada com a mudança do penso, existência de focos hemorrágicos e condição da pele circundante (Naylor, 2002; Gerlach, 2005; Seaman, 2006; Grocott, 2007; Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

É necessário delinear um plano centrado no doente, onde a avaliação do doente e da ferida é essencial para formular um plano de tratamento centrado na pessoa (Seaman, 2006), e para tal é preciso ter conhecimentos sobre a abordagem dos tratamentos escolhida, quais os cuidados locais à ferida estão a ser realizados e quais são as preocupações centradas na pessoa com ferida maligna (Woo & Sibbald, 2010). Para Gerlach (2005), os cuidados só podem começar com obtenção da informação acerca do tipo de cancro extensão da doença e objetivos dos cuidados.

Para a EONS (2015), devemos saber a etiologia e tipo de cancro; a localização e carência; tratamentos passados e correntes ao cancro e à ferida; as comorbilidades; os principais sintomas associados à FM, do cancro e dos tratamentos; existência de alergias ou sensibilidades a material de penso; qual a medicação prescrita para combater os sintomas relacionados com FM; e que pensos já foram usados e que não foram eficazes para o utente.

A EONS (2015) estipula cinco sintomas principais que são o odor, a dor, exsudado, prurido e hemorragia.

A dor causada pela ferida maligna pode ter a sua etiologia na pressão causada sobre os nervos e vasos sanguíneos ou pela invasão dos mesmos (Naylor, 2002). A dor neuropática pode estar presente devido a danos nos nervos, e se a lesão for superficial, os doentes podem referir dor superficial tipo ardor (Naylor, 2002). Antes de mais é necessário realizar uma avaliação correta da dor, contemplando seu tipo, a intensidade a frequência e a sua duração (Naylor, 2002; Grocott, 2007).

A ferida maligna é comumente composta por tecido frágil e friável, e que sangra com facilidade, principalmente se ocorrer trauma na remoção do material de penso (Naylor, 2002). A função das plaquetas encontra-se também diminuída dentro do tumor também e pode ser um fator para a hemorragia (Naylor, 2002). Episódios de hemorragia espontânea também podem ocorrer quando o tumor erode vasos sanguíneos grandes, resultando em hemorragia profusa, que será um foco de *distress* para o doente, família e cuidadores (Naylor, 2002).

O odor deve-se a infecção ou colonização de bactérias anaeróbias presente no tecido necrótico (Naylor, 2002). O odor produzido pela ferida maligna é constantemente detectado, e é muitas vezes um gatilho para a náusea e vômito (Naylor, 2002). O exsudado estagnado no penso também pode ser uma fonte do mau odor (Naylor, 2002).

O elevado nível de exsudado está associado à anormal permeabilidade capilar dentro da lesão, sendo uma consequência da vasculatura desorganizada do tumor e das células tumorais que segregam fator de permeabilidade vascular (Naylor, 2002). Para além da desorganização dos vasos sanguíneos resultante do aumento tumoral, o processo inflamatório e a proliferação das bactérias também vão produzir exsudado (Tandler & Stephen-Haynes, 2017).

O prurido em redor da ferida maligna pode ocorrer quando novos nódulos se formam na pele, bem como pela atividade tumoral (Naylor, 2002). Pensa-se que se deve ao fato da pele esticar, que por sua vez irrita as terminações nervosas, mas outras causas podem estar presentes como a escoriação da pele provocada pela presença de exsudado (Naylor, 2002). Este sintoma encontra-se muito associado à doença inflamatória da mama e infiltração cutânea (Grocott, 2007).

A pele circundante à maligna está também sujeita a trauma constante, que pela presença de exsudado que pela agressão do material de fixação. Proteger a pele com material barreira (Naylor, 2002).

Para além dos sintomas físicos associados à presença da ferida maligna é necessária também uma abordagem emocional e social, pois os doentes frequentemente se deparam com problemas psicológicos e sociais. Naylor (2002), afirma que problemas psicológicos podemos encontrar alteração da imagem corporal, negação, depressão, embaraço, medo, culpa, baixa autoestima e amor próprio, problemas com a expressão sexual, repulsa ou nojo e vergonha. Em relação aos problemas sociais podem estar presentes dificuldades na comunicação, impacto na

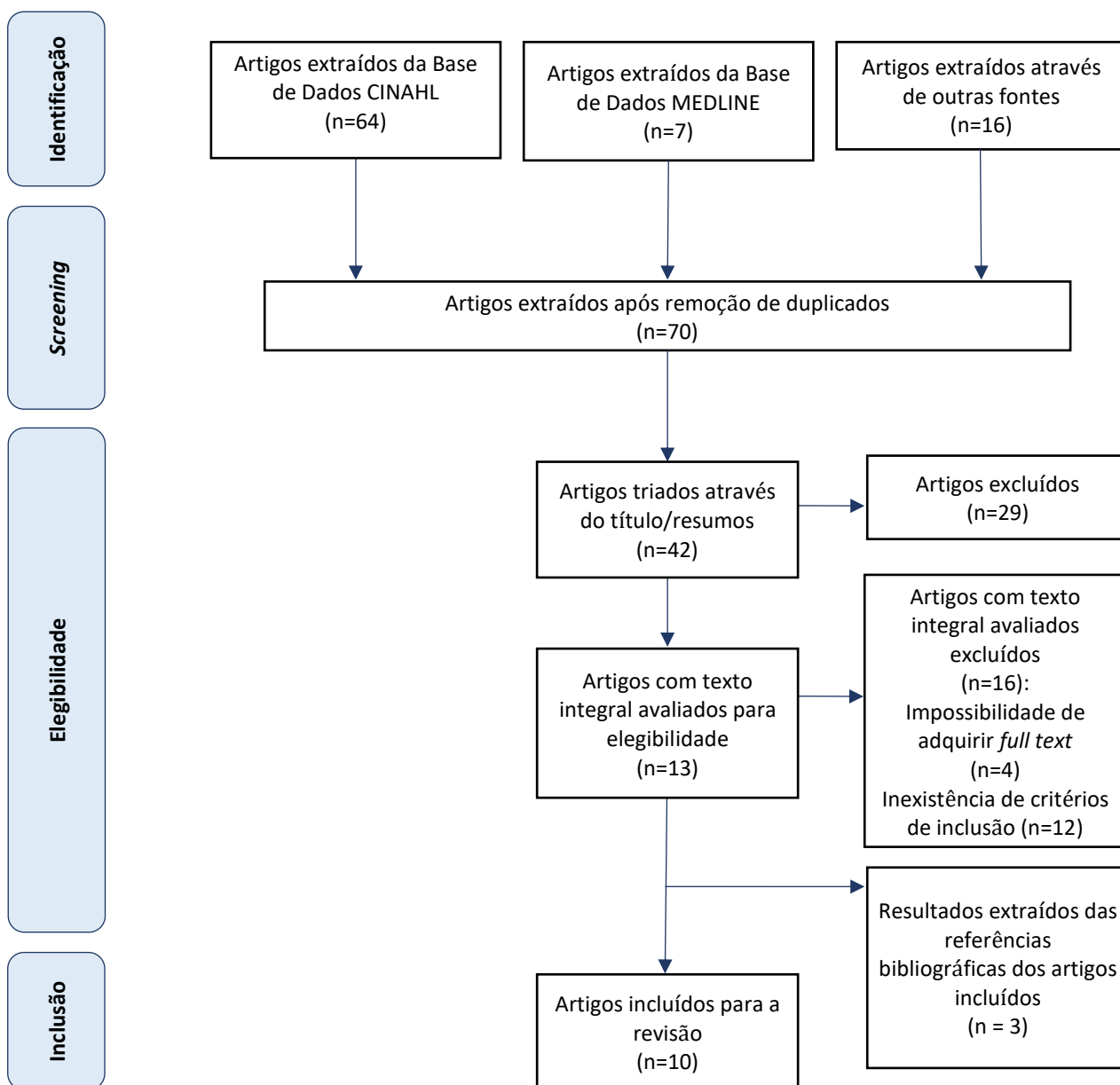
família, necessidade de informação, falta de recursos e suporte social, restrições na roupa pela presença do penso e isolamento social (Naylor, 2002).

É crucial saber o impacto que a FM tem quer em termos psicológicas para o utente e para os cuidadores (EONS, 2015).

Para avaliar a ferida maligna é necessária uma abordagem holística, que contemple não só a ferida bem como os seus efeitos psicológicos e os efeitos na vida social do doente (Naylor, 2002).

## 8. OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

A pesquisa foi realizada para identificar as intervenções de enfermagem à pessoa com ferida maligna, entre junho e dezembro de 2017, nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, CLINICALKEY FOR NURSING, e através de sites de peritos. Os idiomas incluídos foram inglês, português e espanhol, englobando documentos realizados nos últimos 15 anos, ou seja, entre 2002 e 2017, disponíveis em *full text*. Os termos booleanos utilizados inicialmente foram “*Malignant Wounds*”, “*Malignant Fungating Wounds*”, “*Fungating Wound*”, “*Nursing Interventions*”, “*Nursing Care*”, “*Oncology Nursing*”, posteriormente foram usados os descritores, conforme os termos indexados nas respectivas bases de dados e dos termos em linguagem natural.



**Figura 1.** Fluxograma PRISMA do processo de revisão *scoping* (adaptado de Joanna Briggs Institute, 2005)

Segue-se a apresentação dos resultados obtidos através da pesquisa, em diversos quadros, agrupados de acordo com a abordagem física, controlo de sintomas associados à ferida maligna e abordagem emocional e social. No Apêndice I pode ser consultada a descrição dos documentos extraídos.

Segue-se no Quadro 1, Quadro 2 e Quadro 3, as linhas orientadoras de boas práticas na intervenção de enfermagem à pessoa com ferida maligna.

**Quadro 1.** Intervenções de enfermagem para a abordagem física à pessoa com ferida maligna

LINHAS ORIENTADORAS DE BOAS PRÁTICAS PARA A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	AUTORES
<b>ABORDAGEM FÍSICA À PESSOA COM DA FERIDA MALIGNA</b>	
Avaliar as características da ferida maligna: localização, dimensão, profundidade, formato, quantidade e natureza do exsudado, presença e origem de odor, tipo de tecido presente, sinais de infecção, tipo de dor, dor relacionada com a mudança do penso, episódios hemorrágicas e condição da pele circundante	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010), EONS (2015), Tandler & Stephen-Haynes (2017),
Conhecer a doença oncológica: tipo de cancro, extensão e objetivos	Gerlach (2005), EONS (2015)
Saber a possibilidade de realização cirurgia, quimioterapia, radioterapia	Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010)
Conhecer os tratamentos passados e correntes para o cancro e para a ferida maligna	EONS (2015)
Conhecer comorbilidades	EONS (2015)
Avaliar o estado nutricional e de hidratação da pessoa com ferida maligna	EONS (2015)
Conhecer os principais sintomas associados à ferida maligna, ao cancro e às comorbilidades	EONS (2015)
Conhecer a medicação administrada para gerir os sintomas associados à ferida maligna	EONS (2015)
Avaliar cuidados locais prestados à ferida maligna	Woo & Sibbald (2010)
Saber qual o material já usado na ferida maligna que não surtiu efeito	EONS (2015)
Conhecer a existência de alergias ou sensibilidade a material de penso	EONS (2015)

**Quadro 2.** Intervenções de enfermagem para a abordagem dos sintomas físicos associados à pessoa com ferida maligna

LINHAS ORIENTADORAS DE BOAS PRÁTICAS PARA A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	AUTORES
<b>ABORDAGEM DOS SINTOMAS FÍSICOS ASSOCIADOS À FERIDA MALIGNA</b>	
<b>Controlo da Dor</b>	
Avaliar a dor corretamente da dor: tipo de dor, intensidade, frequência, duração	Naylor (2002), Grocott (2007), Stephen-Haynes (2017)
Seguir a indicação da Organização Mundial de Saúde para o controlo da dor oncológica	Naylor (2002), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Administrar analgesia antes da realização do penso, de acordo com a prescrição médica	Naylor (2002)
Administrar ácido nítrico durante o procedimento, de acordo com prescrição médica	Naylor (2002)
Administrar lidocaína, benzocaína, prilocaina tópica após remoção do material de penso e antes de realizar o tratamento local à ferida maligna	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar penso com libertação de ibuprofeno	Woo & Sibbald (2010)
Administrar opióide tópicos	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar material não aderente em contacto direto com a ferida maligna	Naylor (2002), Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010)
Remover suavemente o material de penso	Woo & Sibbald (2010)
Remover o material de penso com pouca frequência	Woo & Sibbald (2010)
Utilizar irrigação como técnica de limpeza da ferida maligna	Naylor (2002), Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010)
Utilizar soro fisiológico ou água morna, senão contraindicado	Naylor (2002)
Evitar o uso de antisséptico como clorexidina, iodopovidona, peróxido de hidrogénio, hipoclorito de sódio	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006)
Aplicar crioterapia após realização do penso	Seaman (2006)
Realizar penso oclusivo	Gerlach (2005)

Realizar de Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea ( <i>TENS</i> )	EONS (2015)
Utilizar técnicas de relaxamento, distração e visualização	EONS (2015)
<b>Controlo de Hemorragia</b>	
Remover suavemente o material de penso	Gerlach (2005), Grocott (2007)
Utilizar removedor de adesivo	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Irrigação com soro fisiológico para facilitar a remoção do material de penso	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Realizar a limpeza da ferida maligna suavemente	Gerlach (2005), Grocott (2007)
Utilizar irrigação como técnica de limpeza da ferida maligna	Naylor (2002), Gerlach (2005)
Realizar a limpeza da ferida maligna com soro fisiológico ou água	Gerlach (2005), Seaman (2006), Gethin (2011)
Utilizar material de penso não aderente	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007)
Evitar material fibroso	Gerlach (2005), Grocott (2007)
Se a lesão apresentar pouca humidade aplicar folhas de hidrogel ou hidrogel amorfo	Seaman (2006)
Aplicar pressão direta no foco hemorrágico 10 a 15 minutos	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Aplicar de crioterapia no exterior do penso	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar inibidores da fibrinólise para prevenir ou parar a hemorragia (ex. ácido tranexâmico)	Naylor (2002), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar solução de alumínio	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar gelatina absorvível	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar trombina tópica	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar pasta de Sucralfato	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar alginato	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar colagénio	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar ácido tricloroacético	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar celulose oxidada regenerada	Gerlach (2005), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar material cirúrgico para rápida hemóstase	Naylor (2002), Seaman (2006), Grocott (2007)



Aplicar adrenalina ou cocaína tópica (com supervisão médica)	Naylor (2002), Gerlach (2005), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Senão se atingir controlo ponderar outras estratégias como: solicitar apoio de outros profissionais para embolização de artérias, quimioterapia, radioterapia, sutura vasos, laser, cauterização elétrica	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Se hemorragia sem controlo em doente em fim de vida colocar toalhas, lençóis ou cobertores escuros para mascarar o sangue e diminuir a ansiedade do doente e da família	EONS (2015)
Se hemorragia sem controlo em doente em fim de vida ponderar a administração de analgesia e de sedação	EONS (2015)
<b>Controlo do Odor/Infeção</b>	
Realizar limpeza da ferida maligna para reduzir a carga microbiana e para remover de detritos com irrigação	Gerlach (2005), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010), Gethin (2011)
Realizar limpeza da ferida maligna com produtos de limpeza específicos para feridas	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Realizar limpeza da ferida maligna com produtos de limpeza cutâneos	Seaman (2006)
Realizar limpeza da ferida maligna com soro fisiológico ou água	Seaman (2006) Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Realizar limpeza da ferida maligna no chuveiro	Gerlach (2005), Seaman (2006), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar tratamento dirigido à infeção de acordo com prescrição médica	Gerlach (2005), Grocott (2007)
Aplicar metronidazol tópico	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010), Gethin (2011), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar metronidazol oral	Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar metronidazol oral titulado e diluído em água ou gel, para colocação na ferida maligna e embebido em gaze para colocação direta na ferida maligna ou para irrigação	Gerlach (2005), Seaman (2006), Gethin (2011)
Aplicar de metronidazol oral triturado em pó e aplicado diretamente na lesão	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar de metronidazol solução endovenosa embebida em gaze	Woo & Sibbald (2010)

Aplicar metronidazol sistémico	Naylor (2002), Gethin (2011), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar pasta de açúcar	Naylor (2002)
Aplicar mel medicinal	Naylor (2002), Grocott (2007), Gethin (2011)
Aplicar penso impregnado com prata	Gerlach (2005), Grocott (2007), Woo & Sibbald (2010), EONS (2015)
Aplicar penso de carvão ativado	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Grocott (2007), Santos, Pimenta & Nobre (2010), Woo & Sibbald (2010), Gethin (2011), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar nitrato de prata	Gerlach (2005), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar sacos de chá verde como penso secundário	Yian (2005)
Aplicar penso impregnado com cloreto de sódio	Gerlach (2005), Santos, Pimenta & Nobre (2011)
Aplicar cadexómero de iodo	Gerlach (2005), Seaman (2006), EONS (2015)
Aplicar unguento de curcuma	Santos, Pimenta & Nobre (2010)
Trióxido de arsénico tópico	Santos, Pimenta & Nobre (2010)
Penso oclusivo	Naylor (2002), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar iodopovidona, cloroexidina, e derivados pode ser uma opção se a carga microbiana for mais preocupante que a toxicidade dos tecidos	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar iodopovidona, cloroexidina, iodo, octidina, polihexanida de biguanida, produtos com libertação lenta de peróxido de hidrogénio	EONS (2015)
Realizar desbridamento autolítico	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Grocott (2007), Santos, Pimenta & Nobre (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017),
Realizar desbridamento enzimático	Naylor (2002), Gerlach (2005), Santos, Pimenta & Nobre (2010)

Realizar desbridamento mecânico	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Realizar a mudança diária do penso	Naylor (2002), Seaman (2006)
Realizar a mudança do penso sempre que esteja saturado	Gerlach (2005)
Dispensar o material logo após a realização dos cuidados para prevenir a acumulação do cheiro presente no exsudado	Naylor (2002)
Aplicar desodorizantes comerciais no quarto	Gerlach (2005), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Colocar pedaços de carvão debaixo do leito	Seaman (2006), Gethin (2011)
Colocar bicarbonato de sódio debaixo da cama	Woo & Sibbald (2010)
Colocar areia de gato debaixo do leito	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010), Gethin (2011)
Colocar grãos de café em recipientes	Gethin (2011)
Colocar espuma de barbear em recipientes	Gethin (2011)
Usar óleos essenciais (pimenta, árvore de chá, eucalipto, de dente de alho, lavanda, laranja bergamota, patchouli)	Naylor (2002), Seaman (2006), Santos, Nobre & Pimenta (2010), Gethin (2011), EONS (2015)
Óleos essenciais misturados em creme e aplicados na ferida	Gethin (2011), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Aplicar salva seca no quarto	Gethin (2011)
Aplicar azeite balsâmico no quarto	EONS (2015)
Usar outros produtos aromáticos	Seaman (2006)
Colocar filtros de ar comerciais	Naylor (2002)
Aplicar óleos essenciais gotas no exterior no penso	Gethin (2011)
Remover a roupa suja com exsudado e deixar contentores fechados	Gethin (2011)
<b>Controlo do Exsudado</b>	
Aplicar alginatos	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar hidrófibras	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)

Aplicar espumas	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Aplicar polímeros	EONS (2015)
Combinar material para exsudado moderado a elevado	Naylor (2002)
Aplicar pensos superabsorventes baseados na tecnologia das fraldas	Woo & Sibbald (2010)
Aplicar apósito absorvente	Naylor (2002)
Aplicar saco de ostomia ou sacos de feridas	Naylor (2002) Gerlach (2005)
Aplicar sacos de chá verde como penso secundário	Yian (2005)
Aplicar fraldas adultos	Gerlach (2005)
Aplicar pensos menstruais como penso secundário	Seaman (2006)
Avaliar o exsudado quanto à cor, consistência, odor e quantidade	EONS (2015)
Se pouco exsudado: manter ambiente húmido para prevenir aderências e hemorragia	EONS (2015)
Se exsudado abundante: aplicar penso absorvente que contenha o exsudado e prevenir a aderência em zonas com menos quantidade de exsudado	EONS (2015)
<b>Controlo do Prurido</b>	
Aplicar placas de hidrogel refrigeradas	Naylor (2002)
Aplicar creme de mentol à base de água em pele integra	Naylor (2002)
Aplicar cremes e loções em pele integra	Gerlach (2005)
Aplicar pomada de capsaicina (0,25-0,75%) em pele integra	EONS (2015)
Usar aditivos para o banho com óleos sem perfume ou com aveia	EONS (2015)
Realizar de Estimulação Elétrica Nervosa Transcutânea ( <i>TENS</i> )	Naylor (2002), Grocott (2007)
Administrar terapêutica anti-histamínica (ex. hidroxizina, difenidramina), de acordo com prescrição	Gerlach (2005)
Administrar terapêutica antidepressiva (ex. paroxetina ou antidepressivos tricíclicos) se prescritos	Grocott (2007)
Colocar vestuário e roupa de cama que alivie o prurido derivado das alterações climatéricas, como o eczema	EONS (2015)
<b>Proteção da Pele Circundante</b>	
Proteger pele intacta com roupa ou outra cobertura para evitar fricção	Gerlach (2005)

Aplicar barreira cutânea na pele circundante à ferida maligna (película, creme, pomada)	Naylor (2002), Gerlach (2005), Seaman (2006), Grocott (2007)
Aplicar óxido de zinco, <i>petrulum</i> , acrilatos e placas de silicone	EONS (2015)
Colocar película em filme em moldura em redor da ferida	EONS (2015)
Colocar hidrocolóide em moldura em redor da ferida maligna	Naylor (2002)
Aplicar material de penso com elevado grau de absorção	Gerlach (2005)
Não usar adesivos	Gerlach (2005)
Aplicar adesivo não traumático microporoso se não se puder evitar o seu uso	Gerlach (2005)
Utilizar outro material de fixação, não aderente à pele, como cuecas de rede, soutiens, manga elástica, ligadura, roupa, outros	Gerlach (2005), Seaman (2006)
Remover o material de penso com suavidade	Gerlach (2005)
Utilizar removedor de adesivo	Tandler & Stephen-Haynes (2017)

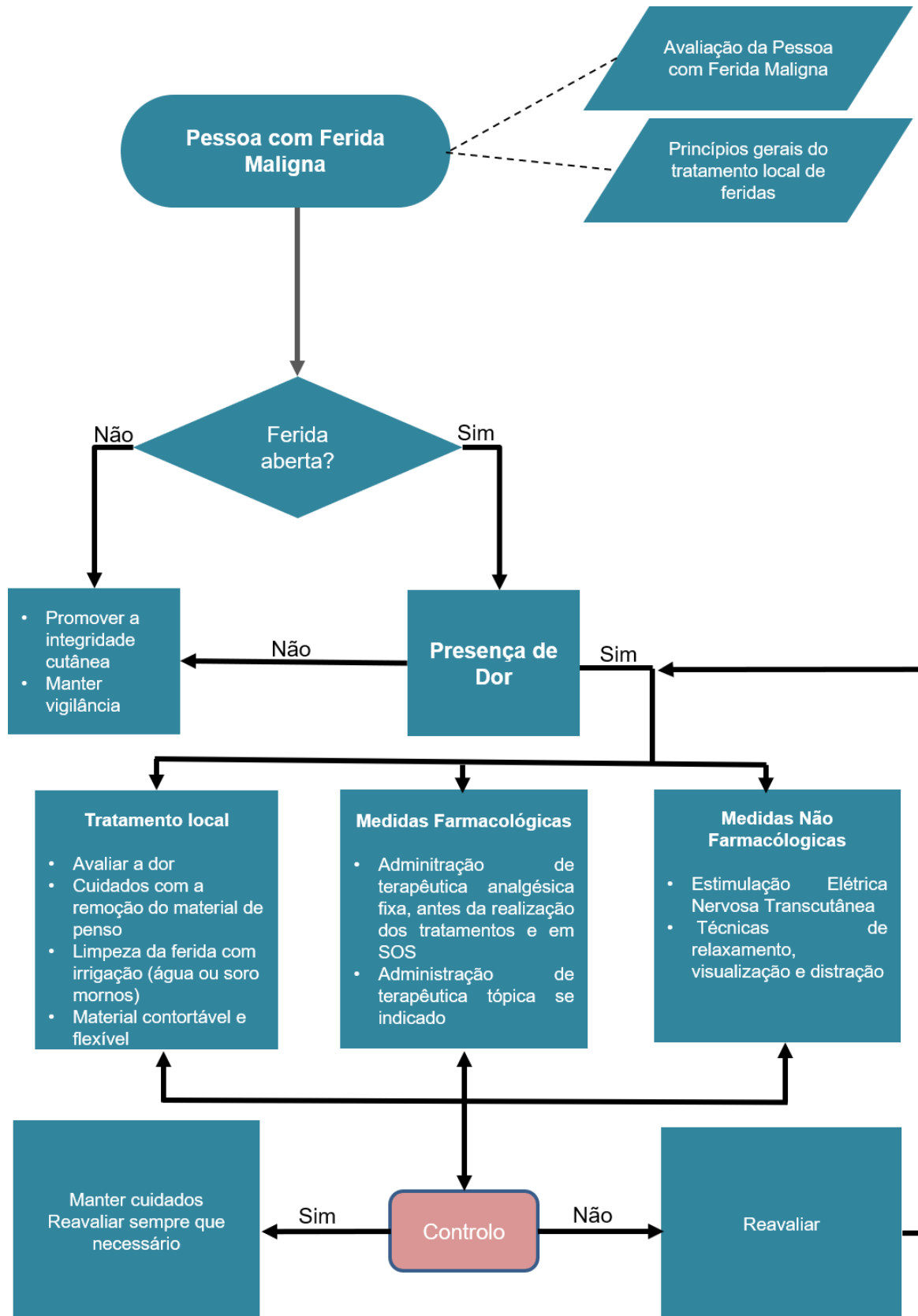
**Quadro 3.** Intervenções de enfermagem para a abordagem emocional e social à pessoa com ferida maligna

LINHAS ORIENTADORAS DE BOAS PRÁTICAS PARA A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM	AUTORES
<b>ABORDAGEM EMOCIONAL E SOCIAL</b>	
Abordar a reação psicológica da pessoa à ferida maligna	Naylor (2002)
Abordar o impacto na qualidade de vida da pessoa com ferida maligna	Naylor (2002), Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Abordar o impacto da ferida maligna e da sua gestão nos cuidadores	EONS (2015)
Abordar preocupações relacionadas com o fim de vida	Gerlach (2005), Woo & Sibbald (2010)
Abordar a família o doente/família individualmente ou em simultâneo	Gerlach (2005)
Discutir com o doente as estratégias de gestão da ferida maligna	Naylor (2002)
Identificar o suporte social existente	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Providenciar o suporte social adequado	Naylor (2002)

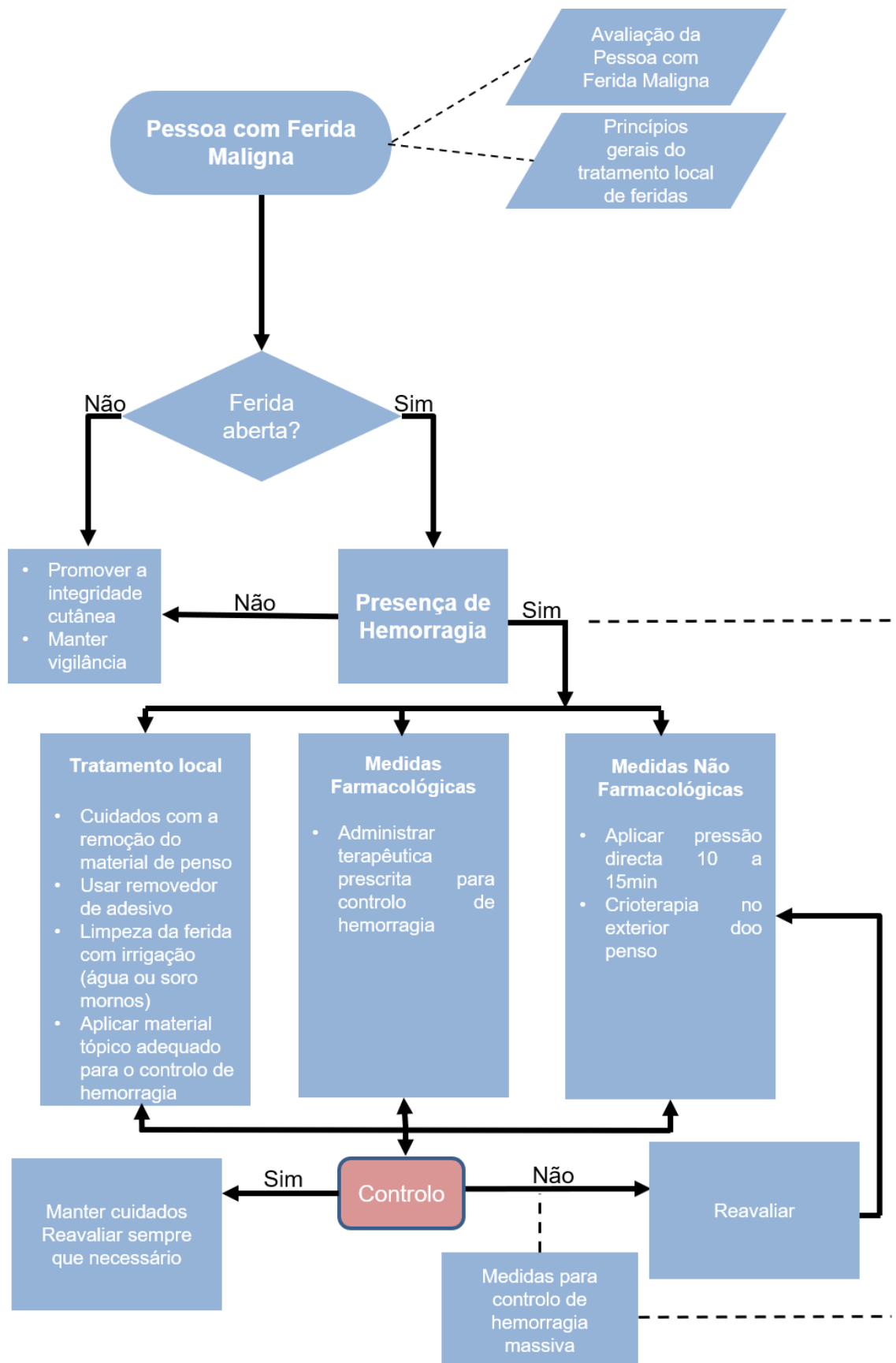
Providenciar cuidados espirituais	Naylor (2002)
Envolver a pessoa com ferida maligna e família na tomada de decisões	Naylor (2002), Woo & Sibbald (2010)
Comunicar de forma aberta e honesta acerca dos objetivos e decisões	Naylor (2002), Seaman (2006)
Realizar o penso de acordo com as características da pessoa, conforto e imagem corporal	Gerlach (2005), Seaman (2006), Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Realizar ensinios aos cuidadores acerca dos cuidados gerais a feridas e específicos das feridas malignas	Seaman (2006), Woo & Sibbald (2010)
Considerar os desejos do doente	Tandler & Stephen-Haynes (2017)
Considerar a compressão do doente e família acerca do diagnóstico e prognóstico	Tandler & Stephen-Haynes (2017)

## 9. FLUXOGRAMAS

**Figura 2.** Fluxograma para a Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Dor

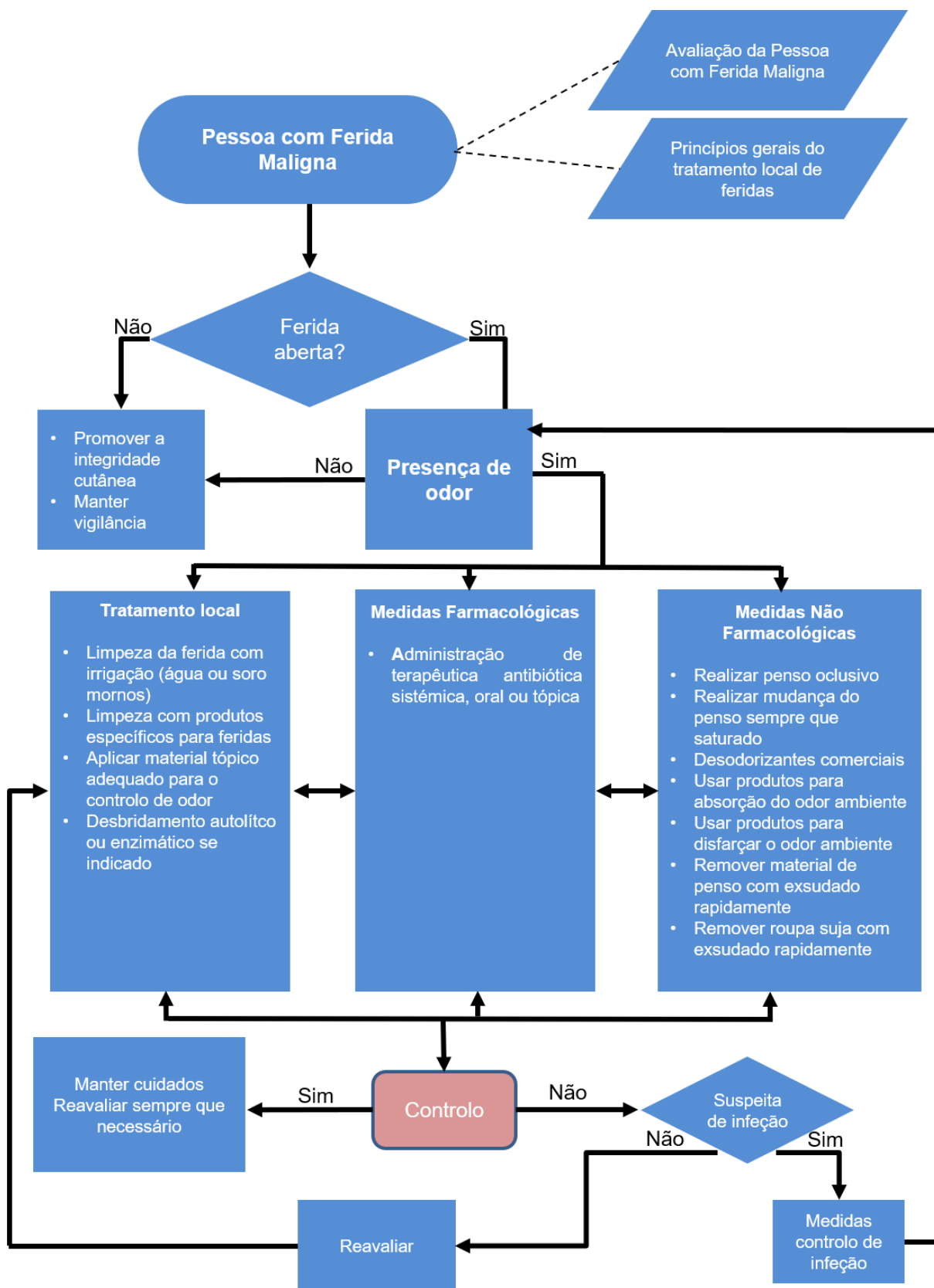


**Figura 3.** Fluxograma para a Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Hemorragia

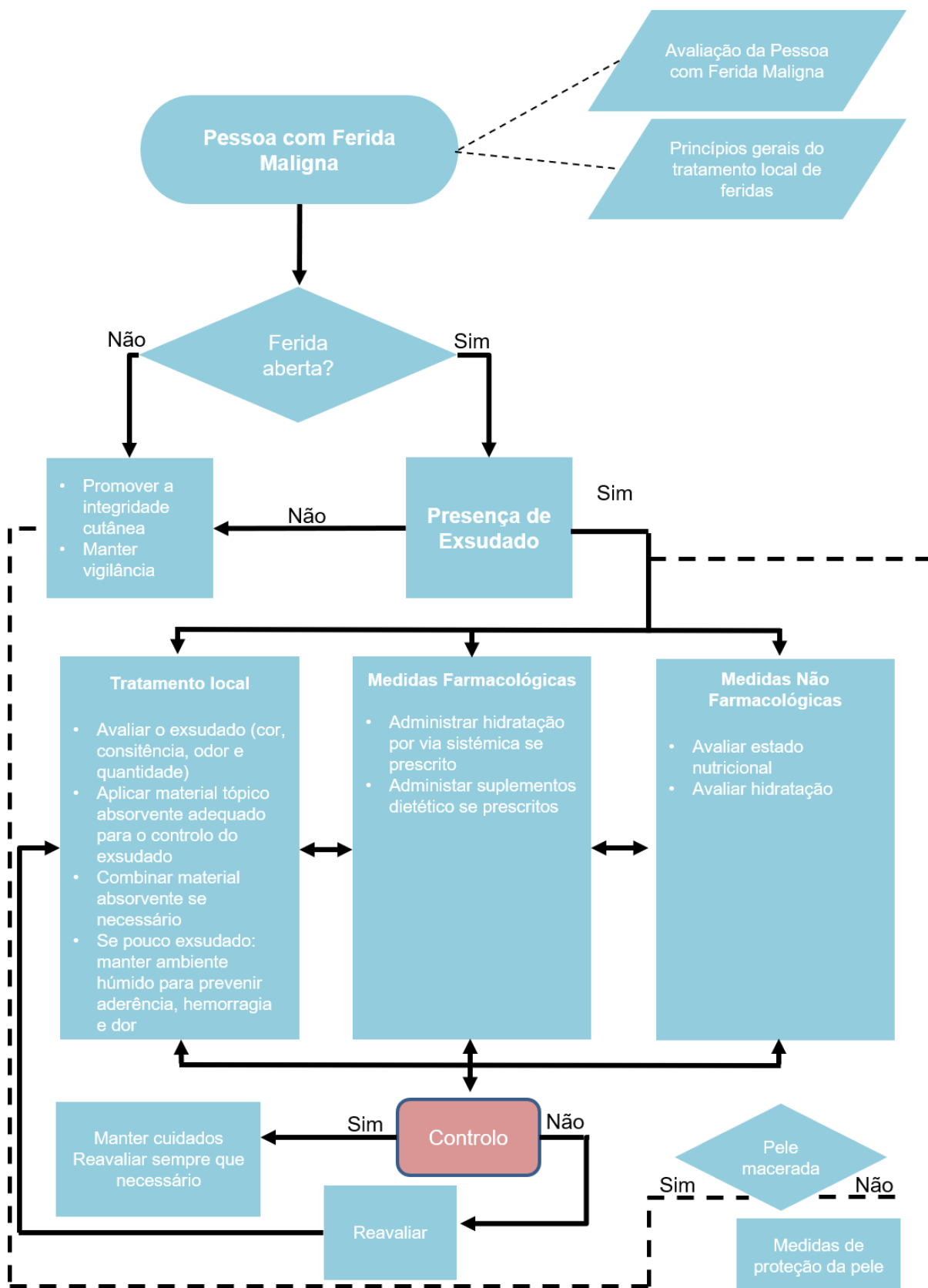




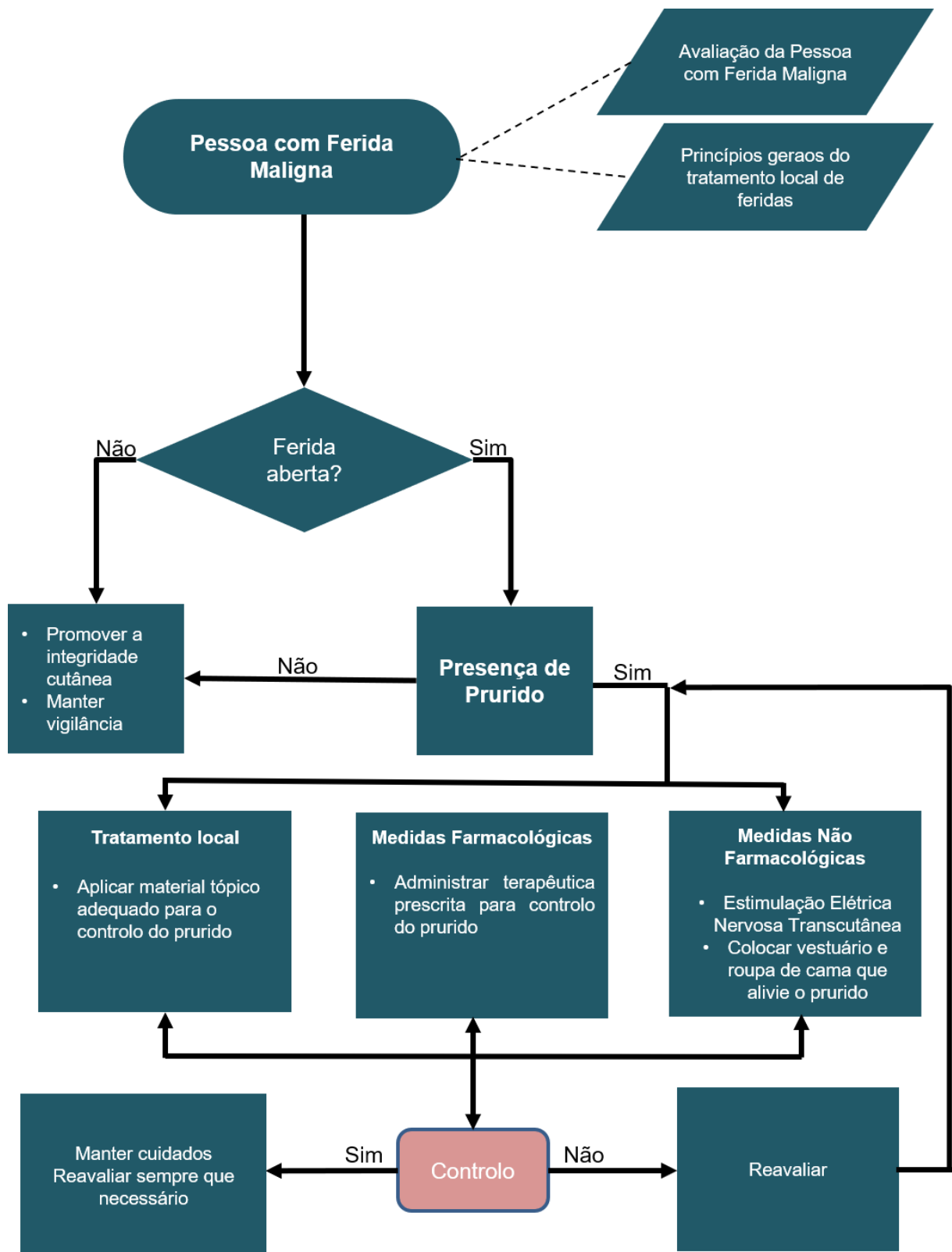
**Figura 4.** Fluxograma para a Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Odor/Infecção



**Figura 5.** Fluxograma para a Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Exsudado



**Figura 6.** Fluxograma para a Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Ferida Maligna com Prurido



## BIBLIOGRAFIA

- Arambutu, A., Anón Orbegoza, Vera, J., Santamaria Andrés, E., Alos Moner, M., Ylla Boré, E., Ferrer Solá, M. ... & Torra i Bou, J. (2004). Heridas Neoplásicas. In Soldevilla Agredo, J. & Torra di Bou, J. (Coord.). *Atención Integral de las Heridas Crónicas* (pp. 387-401). Madrid: Spanish Publisher Associetes, S.A.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2017). *Cuidados Paliativos: O que são?* Disponível em: <http://www.apcp.com.pt/cuidados-paliativos/o-que-sao.html>, acedido a 30/05/2017.
- Bandman, L. & Bandman, B (1995). *Nursing ethics in the life span* (3<sup>rd</sup>). London: Prentice Hall International.
- Beachamp, T. L. & Childress, J. F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics* (4<sup>th</sup>ed.). New York: Oxford University Press.
- Burkhardt, M. & Nathaniel, A. (2002). *Ethical Issues*. In *Comteporary Nursing*. Albany: Delmar Publishers.
- Carduff, E., Jarvis, A., Highet, G., Finucane, A., Kendall, M., Harrison, N., ... & Murray, S. (2016). Piloting a new approach in primary care to identify, assess and support carers of people with terminal illnesses: A feasibility study. *BMC Family Practice*, 17(16), 1-9.
- Dowsett, C. (2002). Malignant Fungating Wounds: assessment and management. *Journal of Community Nursing*, 7(8), 394-400.
- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wound*. London. Disponível em: <https://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>, acedido a 14/03/2017.
- Gerlach, M. A. (2005). Wound care issues in the patient with cancer. *Nursing Clinics of North America*, 40(2), 295–323.
- Gomes, C. & Jesus, C. (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 953- 969). Loures: Lusodidacta.
- González Barboteo, J. & Moreno Roldán, F. (2008). Problemas Dermatológicos: Úlceras Tumoriales. In Porta, J., Gómez Batiste, X. & Tuca, A. (Eds). *Manual de Control de Síntomas en Pacientes con Cáncer Avanzado y Terminal* (2<sup>a</sup>ed) (pp.275 -280). Madrid: Aran Ediciones, S.L.

- Greipp, M. (1992). Greipp's model of ethical decision making. *Journal of Advance Nursing*, 17(6), 734–738.
- Grocott, P. (2007). Care of patients with fungating malignant wounds. *Nursing Standard*, 21(24), 57-66.
- Probst, S., Arber, A., Trojan, A. & Faithfull, S. (2012). Caring for a loved one with a malignant fungating wound. *Supportive Care. In Cancer: Official Journal of The Multinational Association of Supportive Care In Cancer*, 20(12), 3065-3070.
- Kipper, D. & Clotet, J. (1998). Princípios da beneficência e não-maleficência”. In Costa, S. I. F.; Garrafa, V. & Oselka, G. (Orgs.), *Iniciação à Bioética* (pp.37 – 51). Brasília, Conselho Federal de Medicina.
- Krishnasamy, M. (2001). Wound Management. In Corner, J. & Bailey, C. (Eds.). *Cancer Nursing: Care in Context* (pp.376-382). London: Blackwell Science.
- Parreira, A. & Marques, R. (2017a). Conceitos. In Parreira, A. & Marques, R. *Feridas*. (pp.2-5). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Parreira, A. & Marques, R. (2017b). A Prática Baseada na Evidência. In Parreira, A. & Marques, R. *Feridas*. (pp.6-9). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Loures: Lusodidacta.
- Miranda, N. & Portugal, C. (2014). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas: Relatório de 2014*. Direção Geral de Saúde.
- Naylor, W. (2002). Malignant wounds: aetiology and principles of management. *Nursing Standard*, 16(52), 45–53.
- Naylor, W. (2003). Palliative management of fungating wounds. *European Journal of Palliative Care*, 10(3), 93-97.
- Naylor, W. (2005). A guide to wound management in palliative care. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(11), 572-575).
- Neves, M. & Pacheco, S. (2004). *Para uma ética da enfermagem: desafios*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores da Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend\\_Manuais\\_BPraticas.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf), acedido a 24/06/2017.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC\\_RegulamentoCEE SituacaoCronicaPaliativa.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEE SituacaoCronicaPaliativa.pdf), acedido a 30/05/2017.
- Rolland, J. (2005). Cancer and the family: An integrative model. *Cancer*, 104(S11), 2584-2595.
- Ruland, C. M. & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.
- Seaman, S. (2006). Management of malignant fungating wounds in advanced cancer. *Seminars In Oncology Nursing*, 22(4), 185-193.
- Selby, T. (2009). Managing exsudate in malignant fungating wounds and solving problems for patients. *Nursing Times*, 105(18), 14-14.
- Shulz, V., Triska, O.H. & Tonkin, K. (2002). Malignant wounds: caregivers-determined clinical problems. *Journal of Pain Symptom Management*, 24(6), 572-572.
- Tandler, S. & Stephen-Haynes, J. (2017). Fungating wounds: management and treatment options. *British Journal Of Nursing*, 26(12), S6-S14.
- Tavernier, S.S. (2014). Evidence-Based Symptom Management. In Yarbro, C., Wujcik, D. & Gobel, B. *Cancer symptom management* (4th ed.) (pp.3-9). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- The Joanna Briggs Institute. (2015). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Vicente, H. (2016). Feridas malignas. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.401-435). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética.
- Vicente, H. (2017). Úlceras Malignas. In Parreira, A. & Marques, R. *Feridas*. (pp.188-199. Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. & Wagner, E. (1997). Collaborative management of chronic illness. *Annals Of Internal Medicine*, 127(12), 1097-1102.
- WHO (2017). *WHO Definition of Palliative Care*. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, acedido a 29/05/2017.
- Woo, K. & Sibbald, R. (2010). Local wound care for malignant and palliative wounds. *Advances In Skin & Wound Care*, 23(9), 417-430.

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I**  
**Documento de extração e descrição de dados**



**Tabela 1.** Documento de Extração e Descrição de Dados

<b>Título</b>	<b><i>Malignant Wounds: Aetiology and principles of management</i></b>
Autores	Naylor, Wayne
Ano	2002
País de Origem	Nova Zelândia
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Providenciar uma visão do desenvolvimento da ferida maligna e dos sintomas principais Aumentar o conhecimento e compreensão acerca dos princípios de gestão da ferida maligna Aumentar a consciencialização dos problemas psicológicos e sociais associados à ferida maligna
Conclusões	A gestão da ferida maligna tem por base o controlo sintomático e a abordagem dos problemas sociais. O controlo de sintomas pode ser atingido pela medicação e pela escolha do material de penso adequado. Um dos aspetos mais importantes é a avaliação da pessoa com ferida maligna.
<b>Título</b>	<b><i>Case Study on the Effectiveness of green tea bags as a secondary dressing to control malodour of fungating breast cancer wounds</i></b>
Autores	Yian, Lee Geok
Ano	2005
País de Origem	China
Metodologia	Estudo de Caso
Objetivos	Avaliar a eficácia dos sacos de chá verde para controlo do odor da lesão maligna da mama. Determinar a frequência ideal de mudança dos sacos de chá verde Determinar a quantidade de exsudado absorvidos pelos sacos de chá verde

Conclusões	Os utentes ficaram satisfeito com a eficácia dos sacos de chá verde no controlo do odor e exsudado da ferida maligna da mama.
<b>Título</b>	<b><i>Wound Care Issues in the Pacient with Cancer</i></b>
Autores	Gerlach, Mary A.
Ano	2005
País de Origem	Estados Unidos da América
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Minimizar o impacto negativo da ferida e otimizar a qualidade de vida do doente oncológico com ferida
Conclusões	Os cuidados a feridas no contexto paliativo devem ser focados no conforto e qualidade de vida do doente e não na ferida.
<b>Título</b>	<b><i>Management of Malignant Fungating Wounds in Advanced Cancer</i></b>
Autores	Seaman, Susie
Ano	2006
País de Origem	Estados Unidos da América
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Rever a patopsicologia e avaliação da ferida maligna, bem como a gestão das intervenções dirigidas ao controlo da dor, odor e hemorragia local
Conclusões	A seleção do material de penso apropriado, a gestão dos sintomas e o apoio à família são aspetos crucias na gestão da ferida maligna na pessoa com cancro avançado.

<b>Título</b>	<b><i>Care of Patients with Malignant Fungating Wounds</i></b>
Autores	Grocott, Patricia
Ano	2007
País de Origem	Inglaterra
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Examinar a etiologia da ferida maligna e os três princípios essenciais da gestão e cuidados aos doentes
Conclusões	Os enfermeiros têm um papel fundamental na avaliação das necessidades dos doentes, em gerar dados acerca dos <i>outcomes</i> positivos que podem ajudara desenvolver novos produtos. Os cuidados à pessoa com ferida maligna requerem conhecimentos, competências e experiência. É importante o controlo de sintomas, a gestão do local da lesão, bem os cuidados psicológicos e físicos ao doente e família.
<b>Título</b>	<b>A Systematic Review of Tipical Treatments to Control the Odor of Malignant Fungating Wounds</b>
Autores	Santos, Cristina Mamédio da Costa; Pimenta, Cibele Andrucioli de Mattos & Nobre, Moacyr Roberto Cuce
Ano	2010
País de Origem	Brasil
Metodologia	Revisão Sistemática da Literatura
Objetivos	Recolher evidência sobre o tratamento tópico para controlar o odor da ferida maligna
Conclusões	Existem pouco estudos com qualidade. Com evidência de grau B: metronidazol, mesalt, carvão ativado e unguento de curcuma.

<b>Título</b>	<b><i>Local Wound Care for Malignant and Palliative Wounds</i></b>
Autores	Woo, Kevin Y. & R. Gavin Sibbald
Ano	2010
País de Origem	Canadá
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Desenvolver competências nos cuidados locais a feridas maligna e paliativos
Conclusões	A gestão do doente com ferida maligna e paliativa é desafiadora. Uma abordagem holística é crucial para melhorar a qualidade de vida da pessoa com ferida maligna.
<b>Título</b>	<b><i>Management of Malodour in Palliative Wound Care</i></b>
Autores	Gethin, Georgina
Ano	2011
País de Origem	Irlanda
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Explorar as causas d odor e as estratégias adequadas para a sua gestão
Conclusões	A ferida maligna causa <i>distress</i> aos doentes e aos cuidadores. É necessária mais pesquisa para determinar a eficácia de muitos agentes na gestão do odor de feridas, em particular cuidados paliativos
<b>Título</b>	<b><i>Fungating Wounds: Management and Treatment Options</i></b>

Autores	Tandler, Suzanne & Stephen-Haynes, Jackle
Ano	2017
País de Origem	Inglaterra
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Discutir os desafios referentes à prestação de cuidados à pessoa com ferida maligna baseados na evidência
Conclusões	A formação para quem cuida da pessoa com ferida maligna é crucial, bem como encorajar os profissionais a estarem despertos para a evidência que suporta a avaliação e a gestão da ferida maligna.
<b>Título</b>	<b><i>Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds</i></b>
Autores	<i>European Oncology Nursing Society</i>
Ano	2015
País de Origem	Inglaterra
Metodologia	Revisão da Literatura
Objetivos	Suportar a melhor prática entre os enfermeiros que prestam cuidados a pessoas com ferida maligna, baseada na literatura corrente e experiências
Conclusões	A ferida maligna é um desafio para doentes, famílias e profissionais. Uma abordagem paliativa deve ser aplicada de forma a promover a qualidade de vida dos doentes e família. Os cuidados devem ser planeados individualmente.

## **APÊNDICE XVII**

### **Documento de Recolha de Dados da Pessoa com Ferida Maligna**

**Documento de Colheita de Dados da Pessoa com Ferida Maligna – Versão Final**

<b>Avaliação Global da Pessoa com Ferida Maligna</b>			
<b>1.Idade:</b>	<b>2.Peso (Kg)</b>	<b>3.Género:</b> Feminino <input type="checkbox"/>	Masculino <input type="checkbox"/>
<b>4.Patologia oncológica:</b>			
<b>5.Estadiamento:</b> Localmente avançado <input type="checkbox"/> Metastização <input type="checkbox"/>			
<b>6.Terapêutica dirigida à doença oncológica:</b>			
<b>7.Outras patologias:</b>			
<b>8.Terapêutica habitual:</b>			
<b>9.Alergias:</b>			
<b>10.Estado nutricional:</b> Instrumento de Avaliação: NRS 2002(Anexo I) ≥ 3 risco de desnutrição/desnutrido <input type="checkbox"/> < 3 repetir rastreio semanalmente <input type="checkbox"/>			
<b>11.Estado funcional:</b> Instrumento de Avaliação: Escala de Barthel (Anexo II) Incapacidade ligeira > 90 <input type="checkbox"/> Incapacidade moderada 90 – 55 <input type="checkbox"/> Incapacidade Grave < 55 <input type="checkbox"/>			
<b>12.Estado cognitivo:</b> Instrumento de Avaliação: Escala de NEECHAM (Anexo III) Confusão moderada a severa <input type="checkbox"/> Confusão ligeira ou início de desenvolvimento <input type="checkbox"/> Não confuso, mas com alto risco <input type="checkbox"/> Não confuso <input type="checkbox"/>			
<b>13.Padrão de sono:</b>			
<b>14.Suporte familiar e social:</b>			
<b>15.Responsável pelos cuidados locais à Ferida Maligna:</b>			

**16.Impacto da Ferida Maligna na vida da pessoa**

De que forma a ferida maligna interfere na sua vida?

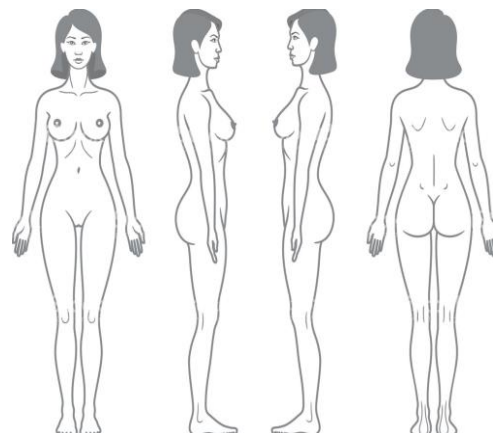
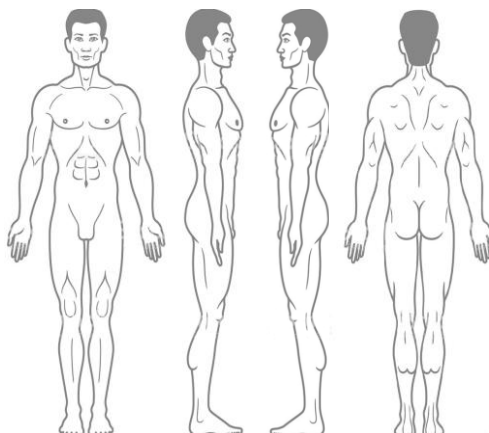
**17.Necessidades da pessoa com Ferida Maligna**

	Data da avaliação:		
Necessidades detetadas pela/o enfermeira/o			
	Data da avaliação:		
Necessidades expressadas pelo doente			
	Data da avaliação:		
Necessidades expressadas pela família			
	Data da realização:		
Intervenção realizada			
	Data da avaliação:		
Resultados obtidos			



## Avaliação da Ferida Maligna

### 18. Localização Anatômica:



Cabeça ☐ Pescoço ☐ Tórax ☐ Braço ☐ Antebraço ☐ Coxa ☐ Perna ☐ Genitais ☐  
 Extremidades ☐ Abdômen ☐  
 Outros ☐  
 Quais: \_\_\_\_\_

### 19. Diagrama da Ferida Maligna:

### 20. Estadio da ferida maligna - Malignant cutaneous wound staging system de Halsfield-Wolfe & Baxendale-Cox:

Data da avaliação:

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 1 - Úlcera fechada. Pele intacta  |  |  |  |
| 1N - Úlcera fechada. Pele superficialmente intacta, úlcera dura e fibrosa |  |  |  |
| 2 - Úlcera aberta. Atingimento da derme e epiderme                        |  |  |  |
| 3 - Úlcera aberta. Perda de tecido celular subcutâneo                     |  |  |  |
| 4 - Úlcera aberta. Invasão de estruturas anatómicas profundas             |  |  |  |

### 21. Apresentação:

Data da avaliação:

- |                              |  |  |  |
|------------------------------|--|--|--|
| Nodular                      |  |  |  |
| Ulcerativa                   |  |  |  |
| Massa exofítica              |  |  |  |
| Fístula (suspeita/conhecida) |  |  |  |
| Descrição: _____             |  |  |  |
| _____                        |  |  |  |

Outra:

<b>22.Dimensão:</b>		Data da avaliação:													
Largura (cm)															
Comprimento (cm)															
Profundidade (cm)															
Não mensurável															
<b>23.Características do leito da ferida maligna:</b>		Data da avaliação:													
Tecido tumoral necrótico (%)															
Tecido tumoral desvitalizado (%)															
<b>24.Odor – Instrumento de Avaliação: Escala de avaliação do odor de Haughton &amp; Young:</b>		Data da avaliação:													
Nenhum - sem odor evidente															
Ligeiro - odor evidente com a remoção do penso															
Moderado - odor evidente ao entrar no quarto, com a remoção do penso															
Forte - odor evidente ao entrar no quarto, com o penso intacto															
Medidas instituídas:															
<b>25.Exsudado:</b>		Data da avaliação:													
Ausente															
Ligeiro															
Moderado															
Forte															
Cor: Hemático (a) Verde (b) Amarelo (c) Castanho (d) Seroso (e)															
Viscosidade: Espesso (a) Fluído (b)															
Exsudado no penso:															
Húmido (a) Molhado (c) Saturado (d) Com fuga (e) Seco (f)															
Medidas instituídas:															
<b>26.Dor:</b>		Data da avaliação:													
Intensidade:															
Instrumento de Avaliação: Escala Numérica															
Sem Dor <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td> </tr> </table> Dor Máxima		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10					
Localização															
Duração															
Em momentos específicos: remoção do penso (a) limpeza da ferida e aplicação do penso (b) outros (especifique) (c)															
Qualidade:															
Nociceptiva (a) neuropática (b) mista (c)															
Irradiação															
Fatores de alívio															
Fatores de agravamento															
Irradiação															
Fácies															
Vocalização															
Postura Corporal															
Terapêutica de resgate:															
Antes da realização do penso (a) Após a realização do penso (b)															
Sintomas concomitantes															

Medidas instituídas:			
<b>27.Hemorragia:</b>	Data da avaliação:		
Ausente			
Ligeira			
Moderada			
Forte			
Em momentos específicos: remoção do penso (a)                      limpeza da ferida (b)                      espontânea (c) outros (d) especifique: _____			
Medidas instituídas			
<b>28.Infeção:</b>	Data da avaliação:		
Sinais presentes: Sim (a)                      Não (b)			
Tratamento antibiótico local			
Tratamento antibiótico sistémico			
Tratamento antimicrobiano local			
Medidas instituídas			
<b>29.Prurido:</b>	Data da avaliação:		
Ausente			
Ligeiro			
Moderado			
Forte			
Local			
Tratamento local			
Tratamento sistémico			
Medidas instituídas			
<b>30.Pele peri-lesão:</b>	Data da avaliação:		
Intacta			
Friável			
Seca			
Descamativa			
Macerada			
Eritema			
Edema			
Nódulos			
Outros			
Reação ao material de penso			
Reação ao material de fixação			
Medidas instituídas			
<b>31.Tratamentos à Ferida Maligna previamente utilizados (tratamento atual/resultados com tratamentos anteriores/preferências da pessoa com ferida maligna relativamente aos tratamentos):</b>			



**APÊNDICE XVIII**  
**Formulário de material de penso**

**Formulário de Material  
de  
Penso**

Elaborado por: Enf.<sup>a</sup> Dora Lisa Coelho

Janeiro de 2018

## LISTA DE E SIGLAS ABREVIATURAS

**F** – Existente no *stock* da farmácia

**S** – Existente no *stock* do serviço

## ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO .....	4
1. ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS .....	5
2. ALGINATO DE CÁLCIO.....	6
3. CARVÃO ATIVADO.....	7
4. CELULOSE OXIDADA .....	8
5. CENTELLA ASIÁTICA .....	9
6. COLAGENASE .....	10
7. COLAGÉNIO.....	11
8. COPOLÍMERO DE ACRÍLICO.....	12
9. ESPUMA DE POLIURETANO .....	13
10. ESPONJA DE GELATINA .....	15
11. HIDROCOLÓIDE .....	16
12. HIDROGEL .....	18
13. HIDRÓFIBRA.....	19
14. IODO .....	20
15. MODELADOR DE PROTÉASES .....	22
16. PELÍCULA DE POLIURETANO .....	23
17. PENSO IMPREGNADOS EM GORDURA .....	24
18. PENSO HIDROFÓBICO .....	25
19. PRATA.....	26
20.SILICONE .....	27
BIBLIOGRAFIA.....	28



## 0. INTRODUÇÃO

Este formulário tem como objetivo ser um apoio à prática dos cuidados de enfermagem à pessoa com ferida.

É fulcral na abordagem à pessoa com ferida, incluir uma avaliação adequada à mesma, não esquecendo dados essenciais para a escolha do material a utilizar aquando da realização dos cuidados locais, como a etiologia da lesão e os objetivos do utente (controlo do odor, conforto, redução da dor, promoção da cicatrização, acautelar a autoimagem, controlo do exsudado, prevenir ou tratar infeção).

As características da própria ferida têm de ser tidas em conta, de forma a otimizar os objetivos dos cuidados e a ação do material escolhido, tais como, localização, dimensões, fase da cicatrização, quantidade de exsudado, dor, odor, prurido, tecido desvitalizado/necrótico e presença de infeção.

É fundamental conhecer o material existente na instituição de forma a adequar a estratégia de tratamento, bem como saber as suas características, indicações e contraindicações. Antes da escolha do material dever-se-á refletir acerca da ação do material existente se é o indicado para o utente, quais as indicações e contraindicações, técnica de aplicação e remoção. Não deve ser utilizado material de penso por profissionais que o possuam estes conhecimentos. O material de penso pode ser classificado como primário quando permanece em contato direto com a lesão, e como secundário quando permanece sobre o material primário.

Ao escolher o material de penso com ação terapêutica, este deve ser de fácil aplicação, ter capacidade de absorção do exsudado, manter o leito da ferida húmido, ser impermeável às bactérias e a exsudados externos, manter a temperatura no leito da ferida, permitir trocas gasosas, ser moldável e confortável, não libertar partículas e/ou contaminantes, não ser tóxico ou irritante, proteger a ferida de traumas, ser facilmente removido e sem provocar traumas, não requerer mudanças frequentes e ter uma boa relação custo-eficácia (Elias, 2017).

Para além da informação contida neste formulário deve-se sempre ter em conta as indicações dos fabricantes do material existente.

## 1. ÁCIDOS GORDOS HIPEROXIGENADOS

São compostos por ácidos gordos essenciais, principalmente ácido linoleico. Aumentam a hidratação da pele através da reposição da película hidrolipídica e a microcirculação sanguínea por renovação capilar favorecendo a elasticidade e resistência da pele.

**Apresentação** - *Spray* e cápsulas.

**Indicações** – Prevenção de úlceras por pressão, tratamento de úlceras por pressão de categoria I.

**Contraindicações** – Pele não integra.

**Dica para a prática** – Aplicar com massagem suave até à absorção total do produto, repetindo 2 a 3 vezes por dia.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Ácidos Gordos Hiperóxigenados + Vitamina E e ácidos gordos essenciais	Frasco de 20ml	117000837	<b>S</b>

## 2. ALGINATO DE CÁLCIO

São polissacarídeos naturais que derivam das algas marinhas castanhas, são altamente absorventes e biodegradáveis. Podem absorver 15 a 20 vezes o seu peso em líquido. Atuam pela troca do ião de sódio do exsudado com o ião de cálcio do penso, formando um gel que absorve o exsudado. Ao manter a humidade no leito da ferida favorecem a cicatrização, promovem o desbridamento autolítico, aliviam a dor (humedece as terminações nervosas), e permitem as trocas gasosas. Têm ainda efeito hemostático pela indução da formação de protrombina por parte dos iões cálcio.

**Apresentação** – Penso, tira.

**Indicações** – Feridas infetadas, feridas hemorrágicas, feridas cavitárias e profundas, feridas com exsudado moderado a abundante.

**Contraindicações** – Feridas com tecido necrosado seco, feridas pouco exsudativas, feridas com exsudado fibroso aderente, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituição até 3 dias, dependendo da quantidade de exsudado. Usualmente tem absorção horizontal, pelo que a sua aplicação não deve ultrapassar os bordos da ferida (risco de lateralização do exsudado), para não macerar a pele circundante. As tiras são indicadas para feridas com locais e profundas, em locais aplicar apenas em 75% da sua profundidade. Irrigar abundantemente com soro para facilitar a remoção. Requer um penso secundário adequado.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Alginato de Cálcio sem rebordo, Penso	5cmx5cm	117000107	<b>F</b>
Alginato de Cálcio sem rebordo, Penso	10cmx10cm	117000081	<b>S</b>
Alginato de Cálcio com prata, Penso	5cmx5cm	11700821	<b>F</b>
Alginato de Cálcio com prata, Penso	10cmx10cm	11700822	<b>S</b>

### 3. CARVÃO ATIVADO

Constituído por uma membrana não aderente e permeável, que envolve uma camada central que está impregnada de carvão. O carvão adsorve as moléculas que causam o odor (produzidas pelas bactérias anaeróbias). São pensos permeáveis e que mantêm o leito da ferida húmido.

**Apresentação** – Penso. Podem surgir combinado com carboximetilcelulose sódica ou com alginato de cálcio.

**Indicações** – Feridas com odor intenso, feridas malignas.

**Contraindicações** – Feridas desidratadas, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituição entre 3 a 5 dias, dependendo da quantidade do exsudado. Podem permanecer na ferida até 7 dias de acordo com as propriedades do apósito secundário.

O penso deve ser restrito ao leito da ferida e não contactar com a pele circundante, para não a macerar.

Não molhar o penso para não perder a capacidade de adsorção com a humidade. Selar toda a área da ferida de modo a não permitir que as trocas gasosas não passem pelo carvão (é facilmente inativado pelo exsudado).

Alguns apósitos não podem ser cortados, pois podem libertar partículas de carvão, que vão tingir a ferida e atuar como corpos estranhos desencadeando processos inflamatórios. Pode ser utilizado em locas (preencher apenas 75% da sua profundidade).

Produto	Tamanho	Código	Observações
Carvão Ativado, Penso	10cmx10cm	117000152	<b>S</b>

## 4. CELULOSE OXIDADA

A celulose é um polímero de cadeia longa composto por um só monómero (glicose), classificado como polissacarídeo. Na presença de exsudado da ferida, a matriz absorve-o formando um gel biodegradável que se liga às proteases (metaloproteases, elastases e plasminas), enzimas que produzidas em excesso degradam as fibras de colagénio, impedindo desse modo a cicatrização. É o único hemostático absorvível bactericida.

É totalmente absorvível entre 7-14 dias. O material não tecido estruturado facilita o uso em procedimentos abertos e minimamente invasivos.

**Apresentação** – Tela absorvível, malha densa ou fina, camadas e tufos leves.

**Indicações** – Feridas crónicas (úlceras por pressão, vasculares e diabéticas).

**Contraindicações** – Feridas infetadas, feridas com tecido necrosado, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituição entre 1 a 3 dias, dependendo da quantidade de exsudado. Flexível e maleável, pode ser cortado no tamanho desejado.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Celulose Oxidada, Penso	5cmx7,5cm	117000841	<b>F</b>
Celulose Oxidada, Penso	5cmx7,5cm	117000895	<b>F</b>

## 5. CENTELLA ASIÁTICA

Vem do extrato triterpénico de Centella asiática, que é usada como adjuvante da cicatrização nas lesões da pele.

**Apresentação** - Pomada.

**Indicações** – Reações cutâneas de sensibilização (prurido, sensação de queimadura e erupções eczematiforme).

**Contraindicações** – suspeita ou hipersensibilidade aos componentes da pomada.

**Dica para a prática** – Aplicar 1 ou 2 vezes em lesões com tendência a macerar.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Centela 10mg/g Pom Bisn 30g	Bisn 30g	110087854	<b>F</b>

## 6. COLAGENASE

Contém enzimas de colagenase clostridiopeptidase, enzimas proteolíticas. É um agente desbridantes enzimático que se liga ao colagénio.

Atua por destruição da fibrina, colagénio e elastina, separando o tecido necrótico do tecido viável. Origina frequentemente uma reação inflamatória, aumentando a quantidade de exsudado, podendo provocar reação de sensibilidade na pele circundante.

Como o processo de desbridamento é realizado por enzimas exógenas é chamado de desbridamento enzimático.

**Apresentação – Pomada.**

**Indicações –** Desbridamento de tecidos mortos ricos em fibrina, feridas exsudativas.

**Contraindicações –** Feridas desidratadas, feridas infetadas, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes da pomada.

**Dica para a prática –** Substituição diária, podendo permanecer mais tempo na ferida se associada a hidrogel (de acordo com a condição da pele circundante). Necessita de penso secundário que tenha alguma capacidade de absorção.

Aplicar uma camada de 1 a 2mm e proteger a pele circundante. No início pode surgir dor e irritação local. Não usar sabões, detergentes, antissépticos e metais pesado pois irão provocar a inativação da colagenase.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Colagenase 0,6U/g Pom Bisn 30g	Bisn 30g	110030262	<b>S</b>

## 7. COLAGÉNIO

O colagénio é uma proteína presente na pele, com funções importantes no processo de cicatrização, promovendo o crescimento do tecido de granulação por estimulação da angiogénese e desenvolvimento dos fibroblastos. É completamente absorvível (exceto na apresentação em espuma) e tem também ação hemostática por aumento da agregação plaquetária. Normalmente os pensos são de origem bovina.

**Apresentação** - Pó, grânulos, placas, adsorvido em espumas, celulose com ou sem prata. Pode estar associado a outras substâncias como, por exemplo, matriz modeladora das protéases e gentamicina.

**Indicações** – Feridas complexas sem evolução.

**Contraindicações** – Feridas infetadas, feridas com tecido necrosado e desvitalizado, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do produto.

**Dica para a prática** – Aplicar camada fina e associar penso secundário adequado. Não necessita ser removido porque é absorvido. Deve ser mudado diariamente.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Colagénio pó, Carteira	1g	117000277	F <sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> A introduzir em 2018 (carece confirmação)



## 8. COPOLÍMERO DE ACRÍLICO

Solução polimérica que forma uma película na pele, que previne e trata os efeitos do excesso de humidade, causados por incontinência, sucos gástricos e exsudados de feridas e, também provocados por adesivos e fricção.

O produto seca imediatamente após a aplicação e possui boa permeabilidade ao oxigénio e ao vapor. Não impede o uso de fraldas e não é transferido para material absorvente. Estica-se com a pele, permitindo a liberdade de movimentos sem a perda da eficácia.

**Apresentação** - *Spray*, pomada, saqueta, aplicador com espuma na sua extremidade (uso individual).

**Indicações** – Lesões de pele decorrentes de incontinências urinárias e/ou fecais, sucos gástricos, fricção e lesões causadas por adesivos (a trocas constantes), reações de hipersensibilidade a adesivos.

**Contraindicações** – Usar como única cobertura em situações que requerem proteção contra contaminação por bactérias, em áreas da pele infetadas.

**Dica para a prática** – Para proteção da pele circundante, a frequência de aplicação varia de acordo com a quantidade e tipo de exsudado, e pode ir de 48 a 72 horas. Quando são necessárias aplicações mais frequentes pode variar de 12 a 24 horas (diarreia).

Deixar secar completamente antes de cobrir a zona com produtos adesivos. Parar o uso se surgir rubor e outros sinais de irritação.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Solução polimérica para Reforço do Estrato Córneo, Spray	28ml	117000203	<b>S</b>

## 9. ESPUMA DE POLIURETANO

São compostos por espumas hidrocélulas com substâncias hidrofílicas. Têm grande capacidade de absorção do exsudado (mesmo sob compressão) diminuindo o risco de maceração da pele circundante (não gelificam em contacto com o exsudado). A absorção é feita no sentido horizontal. Os pensos de espumas geralmente promovem o isolamento térmico, mantendo a ambiente húmido na ferida, são não-aderentes, providenciam uma almofada para a pele frágil e são confortáveis.

**Apresentação** - Constituídas por várias camadas (2, 3 mais comum, ou mais). Com ou sem rebordo, com ou sem rebordo selado, com e sem gradiente diferencial do tamanho de células, em rolo, tira, estrutura 3D, favos de mel: sem película de poliuretano externa, com vários formatos anatómicos específicos e estrutura para feridas cavitárias.

Surgem também com associação a outros componentes como espuma com glicerina e surfactante F-68 com glicerina e surfactante F-68 e prata, com carboximetilcelulose sódica, com hidrogel, com silicone, com silicone em padrão em flor, com estrutura 3D e silicone, com tecnologia lípido-coloidal, com tecnologia lípido-coloidal e fator nano-oligossacarídeo, com prata, com estrutura 3D com prata, com prata e silicone, com prata e tecnologia lípido-coloidal, com polihexametileno de biguanida e com estrutura 3D e ibuprofeno.

**Indicações** – Feridas com exsudado moderado a abundante, feridas em hipergranulação, feridas com alterações topográficas (locas), feridas malignas e feridas dolorosas (com silicone como interface) ou como penso secundário.

Estão indicadas como apósitos primários em feridas em granulação e epitelização, e como apósitos secundários associados a outro material de penso como, por exemplo, os hidrogéis nas feridas com necrose. Algumas podem ser usadas para redução da pressão e na prevenção de úlceras por pressão (reduz a fricção e redistribui a pressão).

**Contraindicações** – suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituição até 7 dias, dependendo da quantidade do exsudado. Com rebordo não precisa de penso secundário. Na versão cavitária preencher apenas 75% da sua profundidade e associar penso secundário.

<b>Produto</b>	<b>Tamanho</b>	<b>Código</b>	<b>Observações</b>
Poliuretano Cavitário SEM rebordo, Penso flexível	10cmx10cm	117000548	<b>F</b>
Poliuretano simples SEM rebordo, Penso	10cmx10cm	117000875	<b>F</b>
Poliuretano com Silicone normal COM rebordo, Penso	10cmx10cm	117000875	<b>S</b>
Poliuretano com Silicone normal COM rebordo, Penso	17,5cmx17,5 cm	117000515	<b>F</b>
Poliuretano com Silicone normal SEM rebordo, Penso	10cmx10cm	117000873	<b>F</b>
Poliuretano com Silicone Super Absorvente COM rebordo, Penso	12,9cmx12,9 cm	117000528	<b>F</b>
Poliuretano com Silicone Super Absorvente COM rebordo, Penso	21cmx21cm	117000872	<b>F</b>
Poliuretano com Silicone Super Absorvente SEM rebordo, Penso	10cmx20cm	117000546	<b>F</b>
Poliuretano Traqueostomia SEM rebordo, Penso	9cmx9cm	117000521	<b>S</b>

## 10. ESPONJA DE GELATINA

Esponja estéril de origem animal, insolúvel em água e é reabsorvível (entre 3 a 4 semanas). Promove a coagulação do sangue absorvido. É fácil de manejar.

**Apresentação** – Esponja (vários formatos), pó.

**Indicações** – Feridas hemorrágicas, intervenções cirúrgicas (exceto oftálmicas).

**Contraindicações** – Feridas infetadas, cavidades intravasculares, procedimentos de embolização, encerramento de incisões na pele, hemorragia arterial forte.

**Dica para a prática** – Pode-se utilizar seca ou embebida em solução fisiológica estéril. Utilizar a quantidade mínima para se obter a hemóstase. Cortar com tesouras esterilizadas.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Esponja de Gelatina, Penso	80x50x10 mm	117000878	<b>S</b>
Esponja de Gelatina Estéril, Penso	10x10x10 mm	117000878	<b>F</b>

## 11. HIDROCOLÓIDE

São constituídos por carboximetilcelulose sódica, proteínas, gelatina, pectina e um revestimento exterior de poliuretano. Em contacto com o exsudado da ferida forma-se um gel, que promove o desbridamento autolítico e estimula a angiogénese. Possuem uma baixa a moderada capacidade de absorção do exsudado e são oclusivos constituindo uma barreira mecânica à contaminação bacteriana e fluídos exteriores, mas permitem trocas gasosas. São adaptáveis a localizações anatómicas difíceis.

**Apresentação** - Penso (placa) com várias dimensões e formatos anatómicos específicos, penso extrafino, com e sem rebordo, pasta e grânulos (em desuso).

**Indicações** – Feridas com tecido desvitalizado e pouco exsudado, feridas em granulação e epitelização, e como penso secundário. Indicado ainda para proteção de pele integra como método preventivo em áreas sujeitas a fricção.

**Contraindicações** – Pessoas com pé diabético, feridas infetadas, feridas muito exsudativas (pode lesar a pele circundante) feridas com hipergranulação, lesões por humidade ou lesões combinadas, úlcera por pressão de categoria II flíctena, úlceras de perna, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituição até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudado. Aquecer o penso entre as mãos antes da sua aplicação facilita a sua adesão e torna o penso mais flexível. Sem necessidade de penso secundário.

Remover o hidocolóide remover com técnica de enrolamento e o hidocolóide extrafino com técnica de estiramento.

<b>Produto</b>	<b>Tamanho</b>	<b>Código</b>	<b>Observações</b>
Hidrocolóides Pasta de Base Alcoólica, Bisn	Bisn	117000373	<b>F</b>
Hidrocolóides com rebordo, Penso	10cmx10cm	117000364	<b>F<sup>5</sup></b>
Hidrocolóides com rebordo, Penso	15cmx15cm	117000365	<b>F<sup>6</sup></b>
Hidrocolóides Prevenção (extrafino), Penso	10cmx10cm	117000374	<b>S</b>
Hidrocolóides Prevenção (extrafino), Penso	15cmx15cm	117000375	<b>F</b>

---

<sup>5</sup> A introduzir em 2018 (carece confirmação)

<sup>6</sup> A introduzir em 2018 (carece confirmação)

## 12. HIDROGEL

Composto essencialmente por água e outros sistemas cristalinos de polissacarídeos e polímeros sintéticos (ex. polímeros de carboximetilcelulose hidratados a 75%). Promove a reidratação dos tecidos secos por cedência de água, favorecendo o desbridamento autolítico, contribuindo para a angiogénese, granulação e epitelização. A sua utilização combinada com a colagenase potencia a ação desbridante.

Contribui para a diminuição da dor porque hidrata os tecidos (humidifica as terminações nervosas), e porque não adere ao leito da ferida (remoção atraumática).

**Apresentação** - Gel (amorfo) malha ou impregnados num penso.

**Indicações** – Feridas desidratadas, feridas com tecido necrosado duro ou viscoso, feridas com tecido desvitalizado (não exsudativas), feridas com granulação e epitelização.

**Contraindicações** – Feridas infetadas, feridas com exsudado, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituição a cada 3 dias, ou de acordo com as condições da ferida. Aplicar com altura mínima de 3 a 5mm, proteger a pele circundante e associar penso secundário adequado que permita as trocas gasosas, seja impermeável às bactérias, mas que evite a sua absorção.

Nas placas de necrose há necessidade de efetuar alguns cortes com bisturi em linhas cruzadas para permitir a penetração do produto e consequente hidratação dos tecidos. Sob forma de gel e/ou malha é necessária a utilização de um apósito secundário.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Hidrocolóides Hidrogel, Bisn	Bisn	117000367	<b>S</b>
Impregnado com Hidrogel (compressa)	10cmx10cm	117000876	<b>F<sup>7</sup></b>

---

<sup>7</sup> A introduzir em 2018 (carece confirmação)

### 13. HIDRÓFIBRA

Compostas por carboximetilcelulose sódica, que são fibras pouco solúveis. Mantêm um ambiente húmido, ajudam no desbridamento autolítico, promovem a angiogénese e diminuem a dor. Absorvem um volume até 30 vezes o seu peso. A absorção é feita na vertical e o exsudado é retido, provocando a sua transformação num gel maleável evitando a maceração do tecido circundante. Maleável e confortável, adaptando-se aos contornos da ferida. Não deixa resíduos na ferida e o penso gelificado perde a sua integridade sendo a sua remoção facilitada.

**Apresentação** – Penso, tiras.

**Indicações** – Feridas com exsudado abundante a moderado, feridas com locas e tunelizações. São úteis em feridas com trajetos fistulosos e em cavidades.

**Contraindicações** – Feridas com exsudado reduzido, feridas com necrose seca, feridas com exsudado fibrinoso aderente, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituição entre 3 a 5 dias, mas podem permanecer na ferida até 7 dias, dependendo da quantidade de exsudado. Podem ser aplicadas para além dos bordos da ferida, pode ser recortado (tesouras estéreis), mas necessitam penso secundário adequado associado. Em locas aplicar apenas em 75% da sua profundidade.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Carboximetilcelulose Sódica com prata Super Absorvente, Penso	10cmx10cm	117000179	<b>F</b>
Carboximetilcelulose Sódica Super Absorvente, Penso	5cmx5cm	117001076	<b>F</b>
Carboximetilcelulose Sódica Super Absorvente, Penso	10cmx10cm	117000174	<b>S</b>
Carboximetilcelulose Sódica Super Absorvente, Penso	15cmx15cm	117000172	<b>F</b>



## 14. IODO

É um elemento não metálico, que tem um espectro antimicrobiano alargado, sendo eficaz no tratamento de infeções provocadas por bactérias *Gram +* e *Gram -*, fungos, vírus, esporos e protozoários. É inativado pela matéria orgânica presente no leito da ferida e tóxico se a concentração for muito elevada.

Em contacto com o exsudado da ferida os grânulos de amido são preenchidos e ao mesmo tempo libertam gradualmente as partículas de iodo.

**Apresentação** - Compressa impregnada com iodopovidona a 10% (malha de viscose de baixa aderência impregnada com polietilenoglicol), que promove um ambiente solúvel em água, que permite a libertação do iodo para o leito da ferida. Quando em contacto com o exsudado da ferida, a iodopovidona é libertada para o leito da ferida. Cadexómero de iodo (grânulos, pasta ou compressa impregnada) consiste numa matriz polissacarídea (amido) biodegradável na qual está inserido o iodo. Em contacto com o exsudado da ferida, a pasta de amido absorve-o e liberta o iodo para a ferida formando um gel. É biodegradável e tem capacidade de desbridamento.

Ambas as apresentações permitem uma libertação controlada do iodo, contribuindo por esse facto, para um aumento da sua eficiência, e não são tóxicas por serem iodofóforos.

**Indicações** – Feridas infetadas, com colonização crítica ou risco de infeção, feridas com tecido de granulação, úlcera por pressão categoria II (abrasão).

Nestes apósitos o iodo é libertado de forma controlada, estando o cadexómero de iodo indicado para feridas exsudativas, devido à sua maior capacidade de absorção, enquanto a compressa impregnada com iodopovidona não tem capacidade de absorção.

**Contraindicações** – Sensibilidade conhecida ao iodo, tiroidite de *Hashimoto*, bócio multinodular, patologia renal, crianças, e mulheres grávidas e em período de amamentação, feridas muito exsudativas e ou profundas, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituir entre 3 a 4 dias, dependendo da presença de infecção e quantidade do exsudado. O penso vai mudando a sua cor de castanha para branco, devendo ser substituído quando passa a branco, pois significa que perdeu a sua capacidade antisséptica.

Escolher de acordo com a quantidade de exsudado, mas ambas as opções requerem penso secundário.

A compressa impregnada com iodopovidona deve ser aplicada sob o leito da ferida com o lado que descola mais facilmente, sem dobras e sem ultrapassar os bordos da ferida. Irrigar abundantemente antes de remover.

<b>Produto</b>	<b>Tamanho</b>	<b>Código</b>	<b>Observações</b>
Impregnado com iodoformas em suporte sintético, Penso	9,5cmx9,5 cm	117000328	<b>S</b>
Cadexómero de iodo, Pó	Saqueta 3g	117000668	<b>F</b>

## 15. MODELADOR DE PROTÉASES

Polímero de amido absorvente, polietilenoglico, que confere à pomada um *ph* ácido, e poloxamero. Cria um ambiente inóspito para a atividade das metaloprotéases da matriz e para a proliferação bacteriana. Forma um gel em contacto com o exsudado da ferida, e há medida que se decompõe nos seus componentes básicos, permite modular e reequilibrar o ambiente das feridas complexas, tem também capacidades hemostáticas.

**Apresentação** – Pomada, penso.

**Indicações** - Feridas complexas estagnadas no processo de cicatrização, feridas com fibrina.

**Contraindicações** - Feridas infetadas, feridas com tecido necrótico, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes da pomada.

**Dica para a prática** – Aplicar 1 a 2mm (para não formar crosta ao secar), e é necessário associar penso secundário adequado. Substituir em média a cada 2 dias, diariamente em feridas exsudativas, e de 2 a 3 dias em feridas pouco exsudativas.

Em penso pode-se cortar (tesoura estéril) e deve-se associar penso secundário adequado.

Irrigar abundantemente antes de remover o penso.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Colagénio com celulose regenerada oxidada 123cm <sup>3</sup>	Bisn	117000839	<b>F</b>

## 16.PELÍCULA DE POLIURETANO

Fina e transparente camada de poliuretano semipermeável, permite trocas gasosas, mas impede contacto com fluidos exteriores e bactérias. Não tem capacidade de absorção. É flexível e adapta-se ao contorno do corpo, e como é transparente permite a monitorização da ferida.

**Apresentação** - *Spray*, creme.

**Indicações** – Feridas na fase final de cicatrização (granulação e epitelização), feridas superficiais com pouco exsudado, proteção de pele íntegra, proteção da pele macerada.

**Contraindicações** – Feridas infetadas, muito exsudativas, úlcera de perna, suspeita ou hipersensibilidade aos componentes da película.

**Dica para a prática** – Usar como penso primário em feridas sem exsudado e na fase de epitelização ou para prevenção em pele sujeita a fricção. Usar com penso secundário para fixação de outro material de penso.

Substituir no máximo até 7 dias e remover com técnica de estiramento.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Película de poliuretano transparente adesiva (semioclusiva), Rolo	7,5cmx10 cm	117001078	F <sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> A introduzir em 2018 (carece confirmação)

## 17. PENSOS IMPREGNADOS EM GORDURA

Incluem-se as gazes gordas, que podem ser compostas por uma compressa primária natural, à base de algodão hidrófilo, ou sintética de celulose ou viscose, impregnada por uma substância gordurosa – vaselina (petrolato), parafina ou lanolina. Têm como objetivo evitar a aderência do material de penso ao leito da ferida (previne trauma aos tecidos neoformados aquando da remoção do penso), e minimizar a dor aquando da mudança do penso.

**Apresentação** - Compressa impregnada. Podem divergir em relação à substância gordurosa, ao tipo de compressa (natural ou sintética) e ao tamanho da malha (mais aberta ou fechada).

**Indicações** – Feridas na fase de granulação, feridas desidratadas, feridas com pouco exsudado (queimaduras de 1.º ou 2.º grau, abrasões, enxertos, etc.), feridas em fase de granulação ou epitelização.

**Contraindicações** – Não indicado nas restantes feridas.

**Dica para a prática** – Estas compressas são aplicadas diretamente sobre a ferida previamente limpa podendo permanecer durante 1 a 3 dias. Irrigar abundantemente antes de remover.

Em caso de necessidade podem ser cortadas à medida, de forma a ajustarem-se ao tamanho da ferida (tesoura estéril).

Produto	Tamanho	Código	Observações
Impregnado de vaselina, Penso	10cmx10cm	117000330	<b>S</b>
Impregnado de vaselina, Penso	10cmx40cm	117000341	<b>F</b>
Impregnado de vaselina, Cx	7mx10cm	117000331	<b>F</b>

## 18. PENSO HIDROFÓBICO

É uma nova modalidade no controlo de infeção. Consiste numa malha revestida de moléculas de ácido gordo cloreto de dialquilcarbamiló que possui propriedades hidrofóbicas que atrai os microrganismos que serão removidos com a mudança do penso. Não tem propriedades bactericidas mais sim bacteriostáticas. Necessita de ambiente húmido, fixação seletiva dos microrganismos, ação imediata (15-30 segundos) mantém a capacidade de fixação não ficando saturado.

**Apresentação** - Penso, rede, compressa de gaze de algodão, penso em formato redondo, penso impregnado em gel.

**Indicações** – Feridas infetadas ou com colonização crítica e exsudativas, infeções fúngicas nas pregas da pele e entre os dedos.

**Contraindicações** – Desconhecidas, não tem produtos químicos.

**Dica para a prática** – Em feridas exsudativas mudar diariamente, e em feridas pouco exsudativas mudar entre 2 a 3 dias, no máximo até 5 dias dependendo da quantidade do exsudado.

Necessita de associar penso secundário. Não cortar, nem combinar com pomada e cremes (pode reduzir a sua eficácia).

Produto	Tamanho	Código	Observações
Cloreto de diaquilcarbamiló com hidrogel, Penso	7,5cmx7,5 cm	117001079	F <sup>9</sup>
Cloreto de diaquilcarbamiló, Penso	7cmx9 cm	117001080	F <sup>10</sup>

<sup>9</sup> A introduzir em 2018 (carece confirmação)

<sup>10</sup> A introduzir em 2018 (carece confirmação)

## 19. PRATA

A prata tem ação bactericida, provocando alterações estruturais na parede e membranas celulares das bactérias, sem danificar as células humanas. Tem um largo espectro de ação, sendo eficaz contra bactérias (incluindo os multirresistentes, como nomeadamente, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* e *Candida albicans*), fungos e alguns vírus.

A prata ao entrar em contacto com o exsudado fica ativa e é libertada no leito da ferida, de forma controlada. A maioria dos apósitos liberta a prata, na sua forma iónica, de forma controlada e gradual, para o leito da ferida, com exceção do penso de carvão ativado com prata que adsorve o exsudado e inativa as bactérias em contacto com o penso. Não tem capacidade de absorção de exsudado, e não lhe são conhecidos efeitos secundários e produz escassas resistências.

**Apresentação** – Prata combinada com carvão ativado, hidrófibras, alginatos ou espumas, compressa não aderente com prata.

**Indicações** – Feridas infetadas e feridas com colonização crítica superficial.

**Contraindicações** – Suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Substituir entre 3 a 7 dias, dependendo da quantidade do exsudado, no máximo de 2 semanas. Pode ser cortada (tesoura estéril).

Necessita de penso secundário adequado. Irrigar abundantemente antes de remover.

Os pensos que libertam prata para o leito da ferida podem tingir temporariamente a pele circundante.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Impregnado com prata, Penso	10cmx10cm	117000882	<b>F</b>

## 20. SILICONE

Película estéril constituída por uma malha porosa de polímero sintético, revestida de silicone suave para aplicação direta no leito da ferida. O silicone é inerte e insolúvel no exsudado. Proporciona um ambiente húmido, aderindo suavemente à pele seca permitindo uma selagem dos bordos da ferida e uma eficaz proteção da pele circundante, mas não cola às superfícies húmidas moldando-se e às irregularidades da ferida (aderência suave e seletiva). Tem como objetivo a não adesão ao leito da ferida, permitindo a sua remoção sem traumatizar os tecidos novos e sem provocar dor. Quando associado às espumas confere às últimas a capacidade de absorção na vertical. Apresenta uma baixa resistência aquando da remoção

**Apresentação** - Isolados (interface) em tule, placa, e associados a espumas de poliuretano.

**Indicações** – Feridas em fase de granulação e epitelização, feridas em que se verifique grande aderência de outros apósitos, feridas com tecido circundante frágil, queimaduras de 1º e 2º grau, feridas traumáticas, feridas dolorosas, todas as feridas complexas dolorosas superficiais, pessoas com pele friável, quebras cutâneas, prevenção e tratamento de cicatrizes hipertróficas e quelóides.

**Contraindicações** – Suspeita ou hipersensibilidade aos componentes do penso.

**Dica para a prática** – Humedecer as pontas das luvas com soro fisiológico (facilita a manipulação), retirar uma das películas protetoras e aplicar sobre a ferida, associar penso secundário (se não incorporado). Substituir até 14 dias, dependendo da quantidade do exsudado, podendo ser recolocado. Não provoca toxicidade, não deixa resíduos na ferida, promove sensação refrescante e calmante da dor e é compatível com os tratamentos tópicos.

Produto	Tamanho	Código	Observações
Silicone Transparente Microaderência, Penso	7,5cmx10cm	117001077	F <sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> A introduzir em 2018 (carece confirmação)



## BIBLIOGRAFIA

- Afonso, G., Afonso, C. & Miranda, M. (2014). Apósitos com ação terapêutica. In: Afonso, C., Afonso, G., Azevedo, M., Miranda, M. & Alves, P. (Coord.). *Prevenção e Tratamento de Feridas da Evidência à Prática*. (pp.89-105). [s.l], [s.n.].
- Elias, C. G. (2017). Material de Penso com Ação Terapêutica. In Parreira, A. & Marques, R. (Coord). *Feridas Manual de Boas Práticas* (pp.89-104). Lisboa: Lidel Edições Técnicas, SA.
- Menoita, E. & Cigarro, A. (2015). Material de Penso. In Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp. 321-456). Loures: Lusodidacta.

## **APÊNDICE XIX**

### **Reflexão sobre a prática 3**

## DESCRIÇÃO

Durante o último estágio conheci uma jovem de 39 anos com carcinoma da mama à esquerda diagnosticado em 2016 durante a sua terceira e última gravidez. À data apresentava recidiva local, ganglionar e cutânea. A senhora F. foi internada para controlo da dor e apresentava ferida maligna no hemitórax à esquerda, externo, região infra mamária, região dorsal, lesões satélites não ulceradas nos bordos e hemitórax à direita.

Quando conheci a senhora F. ela já tinha tido conhecimento do meu projeto através das colegas mostrando-se muito interessada em que eu observasse e avaliasse a sua lesão. A comunicação foi fácil, com muita abertura da sua parte, fazendo sempre muitas questões. De realçar que a senhora F. para além de ser uma pessoa diferenciada academicamente, tinha feito uma pesquisa exaustiva acerca da sua patologia e respetivo tratamento.

Ao abordamos o tratamento que fazia à lesão maligna tomei conhecimento de que estava a ser aplicado metronidazol pomada e carboximetilcelulose com prata. Como a ferida maligna da senhora não apresentava sinais de infeção local, nem apresentava odor expliquei que não seria necessário o uso de dois produtos antimicrobianos em simultâneo. Apesar de compreender mostrou-se renitente em não se aplicar a carboximetilcelulose com prata, aceitando, no entanto, a remoção do metronidazol em pomada. Procurei explorar mais acerca da sua reticência em se retirar o apósito com prata, pelo que questionei se sabia porque estes estava a ser aplicado, ao que a senhora F. me respondeu: “acho que é para cicatrizar melhor”.

Perante esta resposta abordei os objetivos dos cuidados locais à ferida maligna, explicando que estes se dirigem ao controlo dos sintomas associados, e que a regressão da ferida maligna só seria alcançável perante o sucesso da terapêutica dirigida à patologia de base oncológica. Pude perceber que a senhora F., apesar do comentário feito anteriormente, estava completamente informada acerca do seu diagnóstico e prognóstico, e acerca da evolução da ferida maligna. Mesmo assim a senhora F. quis manter a aplicação de carboximetilcelulose com prata, tendo inclusive o respetivo material comprado por si, o que foi respeitado.

Como a lesão da senhora F. apresentava exsudado em moderada quantidade, foi aplicado absorventes de celulose, como penso secundário, para que o exsudado ficasse retido e não ocorressem fugas. Alguns dias mais tarde a senhora F. pediu para falar comigo, e nessa interação agradeceu-me pela tentativa de controlo do exsudado,

pois sabia que o material em questão não havia na instituição e que tinha sido eu a trazê-lo, mas que ficava mais confortável com a aplicação de compressas como penso secundário, sendo que mais uma vez os desejos da doente foram respeitados. Uns dias mais tarde a senhora F., admitiu que essa sua decisão não foi por achar que ficaria mais confortável com as compressas, mas que com os absorventes de celulose, o penso ficava mais volumoso, logo mais visível para as suas três filhas menores.

## **PENSAMENTOS E SENTIMENTOS**

O primeiro sentimento que tive foi de estupefação, e até mesmo ofendida. Ofendida por depois de todo o trabalho árduo de pesquisa e de estudo em busca da melhor evidência científica de forma a prestar as intervenções mais adequadas, estar a ser desvalorizada a minha sugestão de tratamento não em uma, mas em duas ocasiões.

Senti tristeza por considerar que tendo respeitado a opinião da senhora F., ia contra as indicações preconizadas por peritos. Essa frustração e tristeza, deram lugar, após a reflexão, a uma alegria e sentido de dever cumprido, por sim ter respeitado acima de tudo os desejos e a vontade da doente. Ruland & Moore (1998), definem que a pessoa em fim de vida deve ter a experiência da dignidade, o que implica respeito e valorização enquanto ser humano.

Mas também senti satisfação por ter estabelecido com a senhora F. uma relação que permitiu que ela se expressasse sem receios e confidenciasse os motivos por detrás da sua tomada de decisão.

Considero que todos os contactos com a senhora F. se revelaram numa experiência muito agradável e enriquecedora, balanceando uma vontade manifesta da mesma em aceitar as intervenções e colaborar com as mesmas, mas sempre dentro dos seus limites. O que me leva ao sentimento de contentamento por perceber que todo o percurso desde do início foi de facto proveitoso e que realmente conduziu à aquisição de conhecimentos de competências e provocou em mim crescimento pessoal e profissional

## **AVALIAÇÃO**

Todo o percurso realizado até então tornou-se num fator facilitador desta interação com a senhora F. A teoria de fim de vida tranquilo deu-me a base para fundear a minha intervenção de forma a respeitar os desejos da doente, sem a desrespeitar, nem me sobrepor à sua vontade, comunicando de forma a encontrar um consenso. Para que os doentes vivenciem a experiência de dignidade e respeito devem ser incluídos, tal como a sua família, na tomada de decisão, devem ser tidas em conta as necessidades expressas, desejos e preferências, tratando sempre a pessoa com dignidade, respeito e empatia.

A relação estabelecida de confiança e respeito mútuo, penso que também deu segurança para a senhora F. poder verbalizar as suas vontades sem medos nem receio de que não fossem cumpridas.

Mesmo ainda estando na posição de estudante, o facto do atual estágio se realizar no meu local de trabalho deixou-me muito mais à vontade, pois senti mais autonomia profissional. A autonomia profissional em enfermagem é definida “como a disposição compreendida pelos enfermeiros para agir como uma profissão responsável e séria, enfatiza a dependência entre os enfermeiros e os clientes” (Ribeiro, 2011, p.29), e “é a capacidade de o enfermeiro cumprir as suas funções profissionais numa forma autodeterminada enquanto cumpre os aspetos legais, éticos e práticos da profissão” (Ribeiro, 2011, p.29).

Como fatores inibidores saliento que a proximidade de idade entre mim e a doente. Confesso que me revii em toda a situação da senhora F., não só por termos praticamente a mesma idade, um percurso académico relativamente semelhante e por também ter sentido o que é estar doente, com incerteza perante o futuro. Em 1951, Parsons definiu o papel social de doente e o papel social do médico, e julgo que revivi o que autor definiu como um potencial conflito de papéis pois, cada ator tem uma pluralidade de papéis. Esta exposição ao conflito de papéis é uma fonte de *stress* e frustração que cria uma situação de incompatibilidade com a interação com o sistema do individuo (Parsons, 1951), que penso ter acontecido numa fase inicial da relação. Por um lado, o conflito de papéis pode ser visto como fonte de motivação para mudança social, por outro lado esta possibilidade pode ser perigosa para a estabilidade de um dado sistema institucional (Parsons, 1951).

## **ANÁLISE**

A incidência de feridas malignas em mulheres com cancro da mama ronda os 2 a 5%, facto que tem sido negligenciado quer a nível local quer a nível internacional (Lund-Nielsen, Müller & Adamsen, 2005). Segundo a EONS (2015), a localização da ferida maligna na mama é a localização mais frequente, incluindo 49% dos casos.

Para Naylor (2003), a pessoa com ferida maligna depara-se com diversos problemas psicológicos e sociais. Dentro dos problemas psicológicos incluem-se: alteração da imagem corporal; negação; depressão; embaraço; medo; culpa; falta autoestima e falta de respeito próprio; problemas com a expressão sexual; repulsa e nojo; e vergonha (Naylor, 2003). Quanto aos problemas sociais destacam-se: as dificuldades de comunicação; impacto na família; necessidade de informação; falta de apoio social e recursos; restrições devidas às mudanças de penso, e isolamento social (Naylor, 2003).

Independentemente da idade, raça e género, o cancro pode afetar física e psicologicamente, causando alterações na perceção da imagem corporal e na sexualidade (Goode, 2004). Muitas pessoas com ferida maligna ficam relutantes em procurar ajuda e tentam gerir a ferida sozinhas por medo ou vergonha pela localização da ferida, como a mama ou pénis (Vicente, 2016).

Quanto ao exsudado, para além do desconforto físico associados à pele húmida, penso repassado, desconforto na pele circundante, a fuga de exsudado pode ser embaraçosa e domina a vida do doente pelas mudanças do penso, pelo facto de ficar sujo e conseqüente mudanças e lavagem de roupa (Goode, 2004).

Os pensos volumosos podem ser desconfortáveis e inibem os movimentos, e podem ser difíceis de ocultar ou disfarçar, e alguns pensos absorventes podem tornar-se pesados à medida que absorvem o exsudado e repuxam a pele causando desconforto (Goode, 2004). O volume associado aos pensos vai limitar o uso de soutien ou de roupa apertada, causando um efeito negativo na feminilidade, e como consequência a pessoa com ferida maligna afasta as pessoas à sua volta (Lund-Nielsen, Müller & Adamsen, 2005).

Quanto ao uso de compressas, estas são contraindicadas, pois configuram uma plataforma de migração celular pelas células vasculares endoteliais, e aquando da sua remoção provoca desbridamento mecânico e deixa resíduos no leito da ferida (...) que podem desencadear uma inflamação prolongada, comprometendo o processo de cicatrização (Gomes & Jesus, 2015, citando Dealey, 2001; Gomes & Camargo, 2004). Mas como sabemos a cicatrização não é alcançável pela abordagem local à ferida maligna será assim tão incorreto satisfazer o pedido da senhora F.?

Apesar da sua baixa capacidade de absorção, as compressas podem ser utilizadas desde que seja utilizado outro material de penso como penso primário, pois ao aderirem ao leito da ferida podem causar dor e hemorragia na altura da sua remoção (Alvarez et al., 2007).

Segundo a EONS (2015), viver com uma ferida maligna demonstra o arrebatador sentido de vulnerabilidade de viver com um corpo em que não se pode confiar ou um corpo que continua a mudar, pois a ferida maligna é face visível do cancro.

## **CONCLUSÃO**

Após esta reflexão posso concluir que o impacto de uma ferida maligna vai muito para além da sintomatologia física. O impacto emocional, psicológico e social é talvez mais preponderante para qualidade de vida dos doentes afetando inclusive a abordagem delineada para lhes dar resposta. Como no caso da senhora F. em que a expressão da sua imagem corporal se sobrepunha à necessidade do controlo do exsudado para que a sua família não tivesse a confrontação com a doença.

A abordagem centrada na pessoa é, pois, o caminho para a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, conforme o modelo de enfermagem desenvolvido por McCormack & McCance (2006). Ter em conta as dimensões deste modelo ajuda a estruturar uma abordagem centrada na pessoa, incluindo todas as suas complexidades.

A dimensão, denominada de pré-requisitos, esteve presente na medida em que julgo ter adquirido e desenvolvido competências profissionais e interpessoais, que me permitiram prestar os melhores cuidados à senhora F., mostrando comprometimento com o meu trabalho.

O ambiente em que são prestados os cuidados é uma dimensão que faz uma imensurável diferença para os cuidados centrados na pessoa. Quando prestamos os cuidados no hospital, temos de certa forma o “poder” da situação e acabamos por ser nós a controlar os cuidados, estando muitas vezes presos às rotinas dos serviços. Assumimos uma postura maternalista tomando as decisões pela pessoa, sem levar em linha de conta as suas crenças, os seus valores e a sua vontade. Facilita que todos os enfermeiros que fazem parte desta equipa têm a mesma postura, pois para esta dimensão estar presente tem de haver relações efetivas entre os profissionais, com um suporte organizacional, uma partilha de poder, e o potencial para inovação e tomada de risco (McCormack & McCance, 2006).

A terceira dimensão do modelo é o processo centrado na pessoa, cujo foco está na posição dos cuidados de enfermagem com a inclusão das crenças e valores da pessoa, envolvimento, presença empática, com partilha na tomada de decisão e provisão de necessidades físicas (McCormack & McCance, 2006). Penso ter cumprido também esta dimensão ao privilegiar a inclusão da senhora F. nos cuidados, com respeito pelas suas crenças, partilhando a tomada de decisão.

A última dimensão deste modelo denomina-se de resultados, que não são mais que o produto da eficácia da enfermagem centrada na pessoa, que incluem a satisfação com os cuidados, sensação de bem-estar, envolvimento no cuidar e a criação de um ambiente terapêutico com partilha da tomada de decisão (McCormack & McCance, 2006). Neste caso a satisfação da senhora F. com os cuidados foi óbvia, pois foi expressada por a própria.

Acrescento ainda que a relação entre a pessoa e o enfermeiro é fundamental para ser possível prestar cuidados centrados na pessoa. Mas este “processo de conhecer o outro não acontece de forma aleatória, pois este por vezes tem de partilhar informação que não quer que outros saibam, mas que pode ser relevante para os cuidados” (Webster, 2004, p.26). Aprendi também que apesar de nem sempre conhecemos o outro na totalidade, tal não significa que o cuidado centrado na pessoa falhe, pois, o conhecer só é possível na medida em que o paciente está disposto a estabelecer uma reação terapêutica (Price, 2006).

Ruland & Moore (1998), também dão particular importância à promoção da experiência de respeito e dignidade, que se alcança através a inclusão do doente e pessoas significativas na tomada de decisão; pelo respeito, empatia e dignidade; e por estar atento às necessidades, desejos e preferências expressas pelo doente.

Para terminar não posso deixar de abordar a ambivalência demonstrada pela senhora F. quando verbalizou que apesar de saber que a ferida maligna não regride através dos cuidados locais à mesma, mas quis manter o apósito com prata por acreditar que este promova a cicatrização. Penso que se tratava de esperança, que é definida por Querido (2016, p.781) como:

inerente à vida humana, intimamente associada às várias dimensões da esfera pessoal, profissional e social, e habitualmente está associada à expectativa positiva em relação ao futuro (...) face à evolução da doença, à imprevisibilidade da sobrevivência e à elevada probabilidade da morte a curto prazo, poder-se-ia depreender que é fácil perder a esperança.

Querido (2016), cita o trabalho de Kübler-Ross, referindo que a esperança no doente em fim de vida se mantém mesmo quando estes têm plena consciência de



impossibilidade de cura. Sendo a esperança essencial à vida, a sua promoção está recomendada, pois é fundamental para a vivência do processo de fim de vida com conforto e dignidade (Querido, 2016).

## **PLANEAR A AÇÃO**

Talvez por esta reflexão ter acontecido perto do final do último local de estágio, durante a implementação do projeto de intervenção levou a uma reflexão colateral acerca da necessidade da aquisição de competências e da importância da reflexão para as atingir.

Para McClelland (1973), competência é uma característica inerente à pessoa, que é casualmente relacionada com um desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação, sendo diferente de aptidões, de habilidades e conhecimentos.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010, p.2) define enfermeiro especialista é:

aquele que detém conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Todas estas definições fazem-me concluir que as competências vêm acopladas não só a uma diversidade de dimensões como de uma imensa responsabilidade.

Benner (2001), defende que a competência se desenvolve ao longo da vida profissional, nos contextos de trabalho, pelo que define cinco graus de competências: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. “a prática é um todo integrado que requer que o profissional desenvolva o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática”, e a competência desenvolve-se ao longo da vida profissional (Benner, 2001, p.14).

A prática reflexiva é uma forma de melhorar as práticas futuras, pois aumenta a capacidade pessoal de comunicar, aprender e cooperar, relacionando a teoria com a prática, através de um olhar para o passado (Procter & Reed, 1993).

Em suma para prestar os cuidados de enfermagem à pessoa com ferida maligna, de forma mais adequada, é necessária uma abordagem centrada na pessoa, que visa o respeito e a autonomia do doente. Para que tal aconteça, como na situação descrita é necessário que os enfermeiros estejam munidos de competências que os

capacitem para o efeito. A reflexão é uma ferramenta essencial para a o crescimento pessoal e profissional dos enfermeiros, seja qual for a área do desempenho profissional. O exercício clínico é um” ...processo privilegiado de desenvolvimento profissional e interprofissional pela aquisição de saberes e saber transformar-se” (Rego, 2010, p.89).

Não esquecendo que nada se alcança sem o contributo dos doentes, pois a prática implica o encontro “entre uma pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam... necessita de um processo de cuidados ou mais exatamente um processo de cuidar” (Hesbeen, 2000, p.102).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarez, O. M., Kalinski, C., Nusbaum, J., Hernandez, L., Pappous, E., Kyriannis, C. ... & Comfort, C. P. (2007). Incorporating wound healing strategies to improve palliation (symptom management) in patients with chronic wounds. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1161-1189.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- EONS (2015). *Recommendations for the Care of Patients with Malignant Fungating Wounds*. London. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>, acedido a 14/03/2017.
- Gomes, C. & Jesus, C. (2015). Feridas Complexas em Cuidados Paliativos. In Menoita, E.C. (Coord.). *Gestão de Feridas Complexas* (pp.953-969). Loures: Lusodidacta.
- Goode, M. L. (2004). Psychological needs of patients when dressing a fungating wound: a literature review. *Journal of Wound Care*, 13(9), 380–382.
- Hesbben, W. (2000). *Cuidar no Hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Lund-Nielsen, B., Müller, K. & Adamsen, L. (2005). Malignant wounds in women with breast cancer: Feminine and sexual perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 56–64.
- McClelland, D.C. (1973). Testing for competence rather than for intelligence. *American Psychologist*, 28, 1-14.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Developing a conceptual framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472-479.
- Naylor, W. (2003). Palliative management of fungating wounds. *European Journal of Palliative Care*, 16(52), 45–53.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf), acedido a 30/05/2017.
- Querido, A. (2016). A Esperança em Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.781-796). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.

- Parsons, T. (1951). *The Social System*. Toronto: Free Press Paperback Edition.
- Price, B. (2006). Exploring person-centred care. *Nursing Standard: Official Newspaper of the Royal College of Nursing*, 20(50), 49–56.
- Procter, S. & Reed, J. (1993). Teaching reflective practice: possibilities and constraints. In Reed, J. & Procter, S. *Nurse Education. A reflective approach* (p.30-44). London: Edward Arnold.
- Rego, A. (2010). *Reformas no sector da saúde: A equidade em cuidados intensivos*. Lisboa: Universidade Católica.
- Ribeiro, J. M. S. (2011). Autonomia profissional dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5, 27–36.
- Ruland, C. M., & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: a proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook*, 46(4), 169-175.
- Vicente, H. (2016). Feridas malignas. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I. G. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.) (pp.401-435). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- Webster, J. (2004). Person-centred assessment with older people. *International Council of Nursing: Advanced nursing practice*, 16(3), 22-27.



**ANEXOS**

**ANEXO I**  
**Registo de Avaliações dos Locais de Estágios**

## Avaliação do Local de Estágio 1



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio: [REDACTED]

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Throughout these 2 weeks of clinical placement, Dora has demonstrated interest and commitment in all topics explored and purposed. It was given the opportunity to be familiarised with our oncology specialist hospital in UK. Dora made contact with patients and explored alternatives of managing a malignant wound. She was comfortable with the hospital wound care formulary and able to make decisions effectively to different oncology wound beds. It was explored Dora's own clinical setting and the potential barriers that she could encounter to limit her expertise. It was equally explored alternative dressings within scenarios of limited resources for inpatients and ambulatory patients, aiming to provide a better quality of life for the patients.

It would be of best value if her suggestions could be taken into consideration.

I will be available should any assistance is required throughout this project implementation,

Yours sincerely,  
Teresa Rocha

Avaliação qualitativa: Insuficiente; Suficiente; Bom; Muito bom; Excelente (sublinhar a avaliação pretendida)

Data:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento)

Orientador:

Docente:



## Avaliação do Local de Estágio 1 traduzida para português

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Durante este estágio profissional de duas semanas, a Dora demonstrou-se bastante empenhada em todos os campos abrangidos.

Foi-lhe dada a oportunidade de conhecer a realidade dos cuidados paliativos neste hospital, especializado em oncologia no Reino Unido.

A Dora contactou com doentes e explorou alternativas de monitorização da ferida maligna. Ficou desta forma a par do formulário de feridas do hospital, sabendo distinguir efetivamente, que penso aplicar em diferentes tipos de ferida.

Foi explorado o contexto clínico em que a Dora exerce a sua profissão e as barreiras que eventualmente possam limitar a sua habilidade e eficácia. Foram igualmente exploradas alternativas dentro de cenários clínicos e em situações de internamento e consulta externa que possam melhorar a qualidade de vida de um doente oncológico com feridas malignas, com a limitação da providência de recursos.

Seria proveitoso que as suas recomendações fossem tidas em atenção.

Ficarei disponível para um possível contacto caso considere pertinente ajudar/aconselhar na implementação do projeto.

Atenciosamente,


[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

## Avaliação do Local de Estágio 2

ANEXO 3

 **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA**  
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

**REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO**

Local de Estágio [REDACTED]

**Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:**

A profissional durante a sua prática clínica neste campo de estágio foi demonstrando/adquirindo competências que se foram destacando de outros elementos:

- Perceabilizou bem a oportunidade de aprendizagem e tomava sempre a iniciativa de análise
- estabeleceu sempre prioridades de trabalho

A elaboração de um bom orientador de boas práticas enaltece mais a tua intervenção.

Data: \_\_\_\_\_ Orientador: [REDACTED]

Estudante (tomei conhecimento) [assinatura] Orientador: \_\_\_\_\_  
Docente: \_\_\_\_\_

Assinatura: excelente.

## Avaliação do Local de Estágio 3



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
Área Específica de Intervenção: Enfermagem Oncológica

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A aluna Dora Rosmaninho revelou um grande interesse em aproveitar todos os momentos propícios para a aprendizagem a que se propôs. Na participação direta aos doentes, revelou uma excelente evolução na utilização dos conhecimentos teóricos e a sua transposição para a prática clínica. Ao longo do estágio foi colocando questões pertinentes, demonstrando a reflexão esperada ao enfermeiro especialista. Revela ainda exigência e rigor nas suas intervenções. A Dora parece ter naturalmente a disponibilidade e sensibilidade essenciais à compreensão das necessidades da pessoa com febre maligna. Foi assídua, pontual e muito disponível para colaborar com as enfermeiras da consulta.

Data: 13/12/2017

Orientador

Estudante (tomei conhecimento)

*Dora Rosmaninho*

Orientador:

Docente:

## Avaliação do Local de Estágio 4



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

### REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

#### Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

O projeto de estágio desenvolvido pela aluna, constitui uma mais valia para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados neste serviço. O mesmo possibilita a aquisição de conhecimentos teórico-práticos em curso, através de momentos de formação formal/informal. Houve ainda espaço para a discussão de casos de discussão da prática quotidiana. Produzindo momentos de reflexão, no que se refere à área de intervenção dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica/cuidado familiar. Assim valoriza competências na gestão de cuidados de enfermagem à pessoa oncológica, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Data:

Orientador:

Estudante (tomei conhecimento) Dr. Coelho

Orientador:

Docente: